

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**“DE PEQUENINO...”**

**UMA ABORDAGEM AO DESENVOLVIMENTO E**

**COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PEQUENA**

**Ana Rita Oliveira Goes**

**DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA**

Especialidade de Psicologia da Saúde

**2013**



**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**“DE PEQUENINO...”**

**UMA ABORDAGEM AO DESENVOLVIMENTO E  
COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PEQUENA**

**Ana Rita Oliveira Goes**

**DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA**

Especialidade de Psicologia da Saúde

Tese orientada pela Professora Doutora Luísa Barros, especialmente elaborada  
para a obtenção do grau de doutor em Psicologia da Saúde

**2013**





À Beatriz, cujas conquistas dos primeiros anos de vida acompanharam e enriqueceram de forma insubstituível a minha vida e também este trabalho.



*There is no health without mental health.*

World Health Organization

*Health care matters to all of us some of the time, public health matters to all of us all of the time.*

C. Everett Koop



## **Agradecimentos**

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio e colaboração de inúmeras pessoas a quem devo o meu sincero agradecimento. Destaco aqui alguns desses agradecimentos.

À Professora Luísa Barros, minha orientadora, pela dedicação e encorajamento inesgotáveis ao longo deste trabalho e desde que tive o prazer de a ter na minha vida. O seu sentido prático, rigor clínico e científico e investimento têm sido sempre uma inspiração e são, na verdade, uma das grandes razões para este trabalho ter chegado até aqui. A palavra amiga e de encorajamento que encontra em todas as ocasiões foi essencial nos momentos mais difíceis e motivo de gratificação nos momentos de conquista e desafio.

À Doutora Frances Page Glascoe pelo entusiasmo com que abraçou o desenvolvimento da versão portuguesa do PEDS e do PEDS:DM e pelo apoio inestimável durante o processo de tradução e validação. O seu pragmatismo foi essencial nos momentos de incerteza.

Ao Agrupamento de Centros de Saúde dos Concelhos de Seixal e Sesimbra, pela colaboração inicial no estudo exploratório, que contribui para o desenvolvimento do protocolo de deteção precoce e intervenção. À Câmara Municipal de Silves, e especialmente à Ana Paiva, pelo apoio incansável na recolha de dados para os estudos de validação dos instrumentos de deteção precoce. Aos jardins-de infância dos Agrupamentos de Escolas de Armação de Pera, Algoz, São Bartolomeu de Messines e Vialonga pela colaboração nos estudos de validação. À Fundação D. Pedro IV, e especialmente às diretoras das suas casas de infância, por abraçarem de forma entusiasta o Programa “De Pequenin...”, tornando possível a sua implementação e avaliação. A todos os pais que aceitaram participar neste trabalho, tornando-o possível.

À Teresa Marques, pelo apoio na codificação e análise qualitativa das respostas do PEDS. O investimento e dedicação que coloca em todas as tarefas são uma verdadeira inspiração e fonte do meu mais profundo agradecimento.

Ao Professor João Barbosa, por me ensinar que “a investigação é como a diplomacia: é a arte dos possíveis”, mote que me acompanhou ao longo de todo este processo, não me permitindo desistir e obrigando-me a procurar soluções criativas para os obstáculos.

À Professora Isabel Loureiro, que me despertou o bichinho da promoção da saúde e que reconheceu em mim qualidades que eu nem sabia existirem. A sua confiança e encorajamento têm sido essenciais ao longo do meu desenvolvimento como investigadora. O seu sorriso e palavras amigas tornaram-se num porto de abrigo, ao qual regressei quando a energia e a confiança começavam a faltar.

À Ana, por me lembrar repetidamente que a reta final nos deixa à beira da loucura, mas que sobra sempre uma réstia de sanidade para nos permitir levar o esforço a bom porto.

À Patrícia, pelas entradas pé ante pé no gabinete para me desejar os bons dias sem se atrever a perguntar-me como estava – só no final percebi o verdadeiro significado desse mimo. À Elsa, por partilhar comigo as alegrias e angústias da conjugação entre o início da parentalidade e o doutoramento. À Teresa e à Vanessa, por compensarem generosa e pacientemente as minhas ausências, por aturarem as minhas angústias e resmunguices e por rirem comigo quando uma gargalhada era o que faltava para ter coragem para continuar. À Marta, por me mostrar que é mesmo possível recuperar de um processo destes e por estar lá quando me deparei com mais um desafio.

Às colegas do curso de doutoramento em Psicologia da Saúde, por partilharem comigo as dificuldades e obstáculos e me ajudarem a normalizar as batalhas que fui travando.

À Gi, companheira de grandes desafios e ouvinte paciente dos meus desabafos e angústias, mesmo quando a minha falta de disponibilidade não permite retribuir de forma justa a amizade. Não há palavras para agradecer os sorrisos e gargalhadas com que refresca a vida de todos os que a rodeiam.

À minha família, que me ensinou a acreditar que as dificuldades e obstáculos só existem para serem ultrapassados e que esteve sempre presente para não me permitir perder essa crença. Uma palavra especial aos meus pais, que tornaram possível conciliar as tarefas parentais com a elaboração deste trabalho. Ao Daniel, que me encorajou a enveredar nesta aventura no momento em que iniciávamos em conjunto a aventura de ser pais. À Beatriz, minha filhota, que me mostra todos os dias que ser mãe é um trabalho em constante processo e cujo sorriso, palavras sábias e mimos me dão todos os dias energia para continuar.





O trabalho de investigação conducente a esta dissertação foi cofinanciado por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu, no âmbito do Programa Operacional Ciência e Inovação 2010 (POCI 2010) e do Programa Operacional Sociedade do Conhecimento (POS\_C) do III Quadro Comunitário de Apoio (2000-2006), através da Bolsa de Investigação com a referência SFRH/BD/39619/2007, concedida pela Fundação para a Ciência e tecnologia.



## **Declaração**

De acordo com o artigo 41º do Regulamento de Estudos Pós-Graduados da Universidade de Lisboa, aprovado pela deliberação da Reitoria nº 1506/2006, esta dissertação engloba 8 artigos científicos submetidos para publicação em revistas internacionais, em colaboração com outros autores. A autora declara que foi responsável pela recolha de dados, análise e interpretação de resultados, assim como pela redação, submissão e revisão dos manuscritos dos artigos enviados para publicação.

Ana Rita Oliveira Goes



## RESUMO

A importância dos primeiros anos de vida para a saúde e adaptação dos indivíduos ao longo do desenvolvimento tem sido sistematicamente enfatizada. A melhoria dos indicadores de saúde infantil tem, por isso, merecido grande atenção. Em contraste com o que se observa em relação aos indicadores de saúde física, onde se observam melhorias significativas, os indicadores de saúde mental infantil têm revelado alguma estagnação ou mesmo agravamento.

Embora a investigação tenha permitido identificar um conjunto de intervenções empiricamente validadas para a prevenção e tratamento dos problemas de desenvolvimento e comportamento da infância, destacando as intervenções parentais, a implementação dessas intervenções não tem sido suficiente para alterar a prevalência desses problemas na população infantil. Desta forma, tem sido proposto que a alteração das taxas de prevalência de problemas de desenvolvimento e comportamento implicará ir além de abordagens clínicas e fragmentadas à saúde mental infantil e passará por adotar uma abordagem de saúde pública. Esta mudança de paradigma exige uma abordagem compreensiva e integrada, que inclua a identificação e monitorização sistemática dos problemas e respetivos determinantes bem como a disponibilização de uma combinação de intervenções, dirigidas a diferentes níveis de necessidades e não apenas aos subgrupos de maior risco.

Existem algumas lacunas na investigação que podem ter um efeito significativo no desenvolvimento, planeamento e implementação de uma abordagem de saúde pública. Embora o papel do comportamento parental para os problemas de desenvolvimento e comportamento esteja largamente documentado, a investigação carece de alguma especificidade. Da mesma forma, a investigação sobre as intervenções parentais tem estabelecido a importância de apostar num conjunto de comportamentos parentais, mas o seu

efeito relativo nos resultados da criança é pouco conhecido. Estes aspetos dificultam o desenvolvimento de intervenções a disponibilizar numa lógica populacional. Por outro lado, os procedimentos para a identificação das necessidades das famílias não estão universalmente estabelecidos.

O presente trabalho foi orientado pelo propósito de propor uma abordagem ao desenvolvimento e adaptação socio-emocional infantil inspirada no racional da saúde pública. O trabalho foi organizado em diferentes componentes que pretenderam: descrever os problemas e identificar os contributos relativos de comportamentos parentais específicos; identificar, descrever e validar instrumentos e procedimentos para a deteção precoce de necessidades de intervenção; desenvolver e avaliar o processo e o impacto de uma intervenção parental de baixo custo. Para a concretização destes objetivos, recorreu-se a uma amostra comunitária de pais de crianças dos 2 aos 6 anos a frequentarem instituições de cuidados para a infância.

O primeiro conjunto de estudos dirigiu-se à descrição das frequências dos problemas de comportamento e de sono, à caracterização dos comportamentos parentais adotados para gerir o comportamento e o sono da criança e à identificação do contributo relativo de práticas parentais específicas para a adaptação socio-emocional e sono da criança e para a associação entre problemas de sono e problemas de comportamento. Os resultados destes estudos reforçaram a importância de considerar a especificidade das associações entre o comportamento parental e os indicadores de adaptação da criança. Com efeito, os três estudos isolaram o papel de práticas parentais inconsistentes em relação a indicadores específicos – comportamentos de oposição/desafio e dificuldades ao adormecer. Adicionalmente, os resultados sugeriram alguma continuidade entre as práticas que os pais utilizam para regular o comportamento global da criança (i.e., inconsistência) e as práticas a que recorrem em relação ao sono (i.e., partilha de cama, presença no momen-

to de adormecer) assim como entre alguns problemas de sono (i.e., resistência ao deitar) e problemas de comportamento (i.e., oposição/desafio).

O segundo conjunto de estudos dirigiu-se à avaliação das propriedades da versão portuguesa de um instrumento de rastreio (*Parents' Evaluation of Developmental Status – PEDS*), à descrição do papel de diferentes formas de percepção parental de necessidades relacionadas com o comportamento da criança (i.e., percepção de problemas e preocupações parentais) para a identificação de necessidades de intervenção e à descrição da implementação de um protocolo de deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento. Os estudos de validação do PEDS revelaram propriedades promissoras em termos de consistência interna, validade convergente, sensibilidade e especificidade. O estudo sobre a percepção parental de necessidades reforçou o valor das preocupações parentais para a identificação de necessidades de intervenção relacionadas com o comportamento da criança. Em comparação com a percepção de problemas ou dificuldades, o termo preocupação permitiu identificar uma percentagem superior de crianças com níveis subclínicos ou clínicos num instrumento de rastreio de problemas de comportamento. Por outro lado, as preocupações dos pais permitiram identificar necessidades de intervenção mesmo em relação a crianças cuja frequência/intensidade do comportamento estava dentro de limites normativos. A possibilidade de identificar diferentes níveis de necessidades de intervenção (i.e., preocupações normativas, problemas subclínicos e problemas clínicos) aponta que o PEDS será particularmente adequado para uma abordagem de saúde pública, dirigida à identificação das necessidades mais alargadas das famílias.

O estudo relativo à implementação do protocolo de deteção precoce evidenciou claramente a necessidade de melhorar a identificação das necessidades de intervenção das crianças e famílias e a disponibilização de intervenções, uma vez que uma percentagem

elevada de pais reportou preocupações, enquanto apenas uma pequena percentagem de crianças estava a receber apoio de serviços especializados. Este estudo reforçou também o valor acrescentado do PEDS para a identificação de necessidades de intervenção, na medida em que permitiu mapear um conjunto muito diverso de necessidades.

O último estudo dirigiu-se à avaliação do processo e do impacto da intervenção. O programa “De Pequenino...” pretendeu disponibilizar aos pais informação baseada na evidência, de acordo com diferentes níveis e tipos de necessidades. O programa utilizou uma modalidade de intervenção (i.e., materiais escritos) largamente utilizada em contextos de saúde e em contextos educativos, procurando sistematizá-la. O desenvolvimento dos materiais foi orientado pelas recomendações e evidências da literatura e pelos resultados dos estudos de caracterização. Por outro lado, a disponibilização dos materiais foi guiada pelas necessidades identificadas a partir da aplicação do PEDS: todos os pais receberam brochuras orientadas para a resposta a necessidades normativas de pais de crianças de cada idade; alguns pais receberam informação adicional dirigida às suas preocupações.

A avaliação do impacto do programa revelou efeitos modestos mas encorajadores, na medida em que se verificaram mudanças em comportamentos parentais sistematicamente apontados como essenciais nas intervenções parentais e que constituíram apostas centrais na produção dos materiais escritos: envolvimento em atividades com a criança, encorajamento de comportamentos adequados e utilização da estratégia de isolamento para reduzir comportamentos indesejáveis. Adicionalmente, a avaliação que os pais fizeram dos materiais apoia a importância de disponibilizar informação desta natureza de forma alargada.

Em termos globais, os nossos resultados apoiam a ideia de que muitos pais precisam de algum tipo de apoio para desempenharem o seu papel parental e não apenas os pais com



fatores de risco ou cujas crianças já exibem problemas subclínicos ou clínicos. Ao mesmo tempo, fica patente a noção de que melhorar a identificação de necessidades e alargar a disponibilização de intervenções será mais fácil com recurso a abordagens sistemáticas, organizadas em diferentes etapas e níveis e centradas nas necessidades das famílias. Finalmente, os resultados encontrados são também consistentes com a necessidade de tornar as intervenções parentais mais abrangentes, em termos de população e conteúdos. Para isso, é essencial continuar a explorar os “ingredientes” essenciais em cada nível do espectro das intervenções em saúde mental, considerando comportamentos parentais específicos.

**Palavras-chave:** desenvolvimento e comportamento infantil, comportamento parental, deteção precoce, intervenção universal.



## ABSTRACT

The first years of a child's life are recognized as a window of opportunity for the promotion of child development and wellbeing. According to international estimates, a considerable proportion of young children experience developmental and behavioral problems. Despite the evidence demonstrating the effectiveness of parenting interventions in treating and preventing childhood behavioral and developmental problems, these interventions are not widely available and most families do not benefit from them. The need to take a public health approach to childhood mental health, improving the identification of families' needs and the provision of interventions at the population level, has been emphasized.

This work aimed to propose an approach to child development and behavior, following the rationale of public health. Our aims were as follows: to describe the problems and the relative impact of specific parental behaviors; to explore the psychometric properties of a developmental and behavioral screening tool, the role of parental perceptions to the identification of families' needs for intervention, and the suitability of an early detection protocol; and to develop and evaluate a low-cost parenting-intervention based on written materials. We recruited a community sample of parents of children aged 2 to 6 years attending child care education.

Our findings isolated the effect of inconsistent discipline practices for children's oppositional behaviors and sleep difficulties, suggesting some continuity regarding the regulation of children's sleep and behavior. The Portuguese version of the *Parents' Evaluation of Developmental Status* (PEDS) revealed promising properties. Additionally, parental concerns showed to be particularly suitable for the identification of families' needs within a public health approach. Lastly, the program "From little tiny..." had a modest impact on parental behaviors. Using a universal approach to child development

and behavior, combining screening and low intensity interventions, may help to complement a full spectrum public health approach to childhood mental health.

**Key-words:** child development and behavior, parenting, early detection and screening, universal interventions.

# Índice

<b>Resumo</b> .....	xv
<b>Abstract</b> .....	xxi
<b>Índice de Figuras</b> .....	xxxiii
<b>Índice de Tabelas</b> .....	xxxv
<b>Índice de Caixas</b> .....	xxxix

<b>Introdução</b> .....	41
-------------------------	----

## Parte I. Componente Teórica

### Capítulo I. Desenvolvimento e Adaptação nos Primeiros Anos

<b>de Vida</b> .....	55
<b>1. Desenvolvimento e Saúde mental na Infância</b> .....	55
<b>2. Desenvolvimento Normal</b> .....	56
2.1. Fatores de risco, fatores de proteção e trajetórias de influência .....	59
2.1.1. Estilos parentais educativos .....	59
2.1.2. Práticas parentais .....	62
2.1.3. Efeitos e trajetórias de influência .....	64
2.1.4. Necessidades de integração .....	66
<b>3. Problemas de Saúde Mental na Infância</b> .....	66
3.1. Problemas de desenvolvimento .....	70
3.2. Problemas de comportamento .....	72
<b>4. O caso dos Problemas de Sono</b> .....	75
4.1. Classificação dos problemas de sono de natureza comportamental .....	77
4.2. Sono e comportamento parental .....	80
4.2.1. Qualidade do sono e comportamento parental .....	80
4.2.1.1. Modelos explicativos do sono infantil .....	81
4.2.1.2. Comportamentos parentais relacionados com o sono .....	82
4.2.1.3. Relação pais-criança e sono .....	83
4.2.1.4. Processos explicativos .....	84

4.2.2. Qualidade do sono, psicopatologia e comportamento parental ...	85
<b>5. Apoiar o Desenvolvimento e Adaptação na Infância .....</b>	<b>87</b>
<b>Capítulo II. Detecção Precoce de Problemas de Desenvolvi-</b>	
<b>mento e Comportamento .....</b>	<b>89</b>
<b>1. Detecção Precoce: Racional .....</b>	<b>89</b>
<b>2. Detecção Precoce: Abordagens .....</b>	<b>91</b>
<b>3. Seleção de Instrumentos de Rastreio .....</b>	<b>95</b>
<b>4. Utilização de Instrumentos de Rastreio .....</b>	<b>98</b>
4.1. Recomendações gerais .....	98
4.2. Orientações clínicas para a detecção precoce .....	100
4.2.1. <i>American Academy of Pediatrics Policy Statement</i> .....	100
4.2.2. <i>American Academy of Pediatrics Algorithms for Mental Health</i> .	101
4.2.3. Orientações clínicas portuguesas .....	102
4.3. Contextos de implementação do rastreio .....	103
4.4. Estudos de implementação de metodologias de detecção precoce .....	105
4.4.1. <i>Healthy Steps for Young Children</i> .....	105
4.4.2. <i>Assuring Better Child Health and Development</i> (ABCD) .....	106
4.4.3. <i>A_Tempo</i> .....	107
4.4.4. <i>Wodonga Study</i> .....	107
<b>Capítulo III. Promoção do Desenvolvimento e Adaptação na</b>	
<b>Infância .....</b>	<b>109</b>
<b>1. Racional, Tipologias e Modalidades de Intervenção .....</b>	<b>109</b>
1.1. Intervenções parentais .....	111
<b>2. Programas Parentais .....</b>	<b>113</b>
2.1. Programas parentais disponibilizados por um profissional .....	116
2.2. Programas auto-administrados .....	119
2.3. Exemplos de programas de treino parental apoiados na evidência .....	121
2.3.1. <i>Incredible Years</i> .....	122
2.3.2. <i>Triple P – Positive Parenting Program</i> .....	124
<b>3. Educação Parental .....</b>	<b>127</b>
3.1. O aconselhamento antecipatório .....	129
3.1.1. Tópicos recomendados vs tópicos empiricamente validados .....	130

3.1.2. Lacunas e barreiras .....	133
3.2. Disponibilização de informação através de materiais escritos.....	134
3.3. Exemplos de programas de educação parental .....	136
3.3.1. Parents as Teachers (PAT) Program .....	136
3.3.2. Healthy Steps for Young Children .....	137
3.3.3. Parenting Matters .....	138
<b>4. O Caso das Intervenções Parentais Dirigidas ao Sono .....</b>	<b>138</b>
4.1. Tratamento de problemas de sono .....	139
4.2. Prevenção de problemas de sono .....	143
<b>5. Dos Estudos de Eficácia à Disseminação ao Nível Populacional .....</b>	<b>143</b>

## **Parte II. Componente Empírica**

<b>Capítulo IV. Objetivos e Metodologia .....</b>	<b>149</b>
<b>1. Componentes e Objetivos .....</b>	<b>149</b>
<b>2. Metodologias Geral .....</b>	<b>153</b>
2.1. Desenho .....	153
2.2. Participantes .....	154
2.3. Procedimentos .....	154
2.3.1. Dificuldades .....	158
2.4. Instrumentos .....	159
2.4.1. Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) .....	160
2.4.1.1. Nota introdutória sobre a seleção do instrumento .....	160
2.4.1.2. Descrição do instrumento .....	161
2.4.1.3. Desenvolvimento da versão portuguesa .....	164
2.4.1.4. Estudos de validação .....	164
2.4.2. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) .....	167
2.4.2.1. Nota introdutória sobre a seleção do instrumento .....	167
2.4.2.2. Descrição do instrumento .....	169
2.4.2.3. Versão portuguesa .....	170
2.4.3. Questionário de Atividades e Comportamentos Parentais (Parental Behaviors and Activities Questionnaire – PBAQ) .....	171
2.4.3.1. Nota introdutória .....	171
2.4.3.2. Descrição do instrumento .....	171

2.4.3.3. Estudos iniciais do instrumento .....	172
2.4.3.4. Utilização dos dados do questionário .....	175
2.4.4. Questionário de Sono da Criança Pequena (Toddlers and Preschoolers Sleep Questionnaire (TPSQ)) .....	175
2.4.4.1. Nota introdutória .....	175
2.4.4.2. Descrição do instrumento .....	176
2.4.4.3. Estudos iniciais do instrumento .....	178
2.4.4.4. Construção das escalas de dificuldades de sono .....	178
2.4.4.5. Utilização dos dados do questionário .....	180
2.4.5. Ficha de caracterização .....	180
2.4.6. Questionário de Satisfação com a Intervenção .....	181
2.5. Procedimentos de análise .....	181
<b>3. Programa “De Pequenino...” .....</b>	<b>182</b>
3.1. Protocolo de deteção precoce .....	182
3.1.1. Entrevista com os pais .....	183
3.1.2. PEDS:Developmental Milestones Assessment Level .....	184
3.1.2.1. PEDS: Developmental Milestones (PEDS:DM) .....	184
3.1.2.2. Versão portuguesa do PEDS:DM .....	185
3.1.2.3. PEDS:DM Assessment Level .....	186
3.2. Intervenção .....	187
3.2.1. Racional .....	187
3.2.2. Seleção de conteúdos .....	189
3.2.3. Desenvolvimento dos materiais .....	192
3.2.4. Disponibilização da intervenção .....	194
3.2.5. Primeiro nível de intervenção .....	195
3.2.6. Segundo nível de intervenção .....	197
3.2.7. Terceiro nível de intervenção .....	199
<b>Capítulo V. Estudos de Caracterização: O Papel das Práticas Parentais .....</b>	<b>203</b>
<b>If we don’t know, how should we plan? Exploring parental involvement and discipline do prioritize parenting interventions .....</b>	<b>205</b>
Abstract .....	205
Introduction .....	205



Methods .....	208
Participants .....	208
Procedures .....	209
Instruments .....	210
Children's behavioral and emotional problems .....	210
Parenting practices .....	210
Socio-Demographic Questionnaire .....	211
Analysis .....	211
Results .....	212
Children's behavioral adjustment .....	212
Parenting practices .....	212
Parenting predictors of behavior problems .....	214
Discussion .....	218
<b>Parenting and sleep during early childhood: effects of parental behaviors on sleep-related behaviors, patters and difficulties .....</b>	<b>223</b>
Abstract .....	223
Introduction .....	223
Methods .....	226
Participants .....	226
Measures .....	228
Sleep patterns, habits, and difficulties .....	228
Parents' discipline strategies .....	229
Socio-Demographic Questionnaire .....	230
Procedures .....	230
Analysis .....	230
Results .....	231
Sleep habits, patterns and difficulties .....	231
Correlates of parental sleep-related behaviors .....	233
Correlates of sleep patterns and difficulties .....	234
Sleep duration .....	234
Sleep difficulties .....	235
Discussion .....	236
Sleep habits, patterns and difficulties .....	237

Parental discipline strategies and parental sleep-related behaviors .....	238
Predictors of sleep duration and difficulties .....	239
Limitations .....	240
Conclusions .....	240
<b>Sleep and behavior difficulties during early childhood: the role of parental discipline strategies and parental sleep-related behaviors .....</b>	<b>243</b>
Abstract .....	243
Introduction .....	243
Methods .....	246
Participants .....	246
Measures .....	247
Behavior problems .....	247
Sleep patterns, habits, and difficulties .....	248
Parental discipline strategies .....	249
Socio-Demographic Questionnaire .....	250
Procedures .....	250
Analysis .....	251
Results .....	252
Discussion .....	255
<b>Capítulo VI. Das Preocupações Parentais à Detecção Precoce ...</b>	<b>261</b>
<b>Using Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) in Portugal: developmental concerns of Portuguese parents .....</b>	<b>263</b>
Abstract .....	263
Introduction .....	263
Methods .....	267
Participants .....	267
Procedure .....	268
Measures .....	269
Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) .....	269
Socio-Demographic Questionnaire .....	270
Analysis .....	270
Results .....	271
Distribution of concerns .....	271

Distribution of concerns according to socio-demographic characteristics .....	273
Discussion .....	277
<b>Using Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) in different cultures: psychometric studies of the Portuguese version of PEDS .....</b>	<b>281</b>
Abstract .....	281
Introduction .....	281
Methods .....	284
Participants .....	284
Procedures .....	285
Measures .....	285
Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) .....	285
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) .....	287
Socio-Demographic Questionnaire .....	287
Analysis .....	288
Results .....	289
Distribution of concerns .....	289
Reliability .....	290
Internal consistency .....	290
Inter-rater reliability .....	291
Validity .....	291
Criterion-related validity .....	291
Convergent validity .....	292
Accuracy .....	295
Discussion .....	295
<b>Is that a problem or a concern? The role of parental perceptions of children's behavior in the identification of families' need for intervention .....</b>	<b>301</b>
Abstract .....	301
Introduction .....	301
Methods .....	305
Participants and procedures .....	305
Measures .....	305
Parental concerns .....	305

Problem behaviors, impact, and parental perceptions of problems	306
Parenting practices .....	307
Socio-Demographic Questionnaire .....	307
Analysis .....	308
Results .....	309
Frequency of behavior problems, parental concerns and perceptions of problems .....	309
Parental concerns, symptoms, and impact .....	309
Agreement and correlates .....	309
Discrepancies between parental concerns and problem behaviors	310
Perceptions of problems, symptoms, and impact .....	313
Agreement and correlates .....	313
Discrepancies .....	313
Parental perceptions: concerns and problems .....	315
Discussion .....	316
<b>The contributions of developmental screening to identifying and addressing different levels of family's needs: first data from the project "From little tiny..."</b> .....	323
Abstract .....	323
Introduction .....	323
Methods .....	326
Participants .....	326
Measures .....	328
Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) .....	328
Socio-Demographic Questionnaire .....	329
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) .....	329
Brief interview .....	330
Early detection protocol .....	331
Procedures .....	332
Analysis .....	333
Results .....	333
Discussion .....	337

## **Capítulo VII. Avaliação do Processo e Impacto do Programa**

<b>“De Pequeno...”</b> .....	341
<b>Making parenting interventions widely available: the program “From little tiny...”</b> .....	343
Abstract .....	343
Introduction .....	343
Methods .....	346
Study design .....	346
Participants .....	346
Procedures .....	348
Measures .....	349
Parents’ Evaluation of Developmental Status (PEDS) .....	349
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) .....	350
Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ) .....	351
Parents’ Satisfaction with the Intervention Questionnaire (PSIQ)	351
Socio-Demographic Questionnaire .....	352
Intervention .....	352
Parenting newsletters .....	353
Brochures on specific topics .....	353
Analysis .....	354
Results .....	355
Early detection and intervention needs .....	355
Attrition and equivalency of groups .....	355
Intervention effects .....	356
Satisfaction with the intervention .....	359
Discussion .....	360
<b>Discussão Integrada</b> .....	365
<b>Caracterização das Necessidades de Intervenção</b> .....	366
Adaptação socio-emocional e comportamento parental .....	367
Problemas de sono e comportamento parental .....	370
Problemas de sono, problemas de comportamento e comportamento paren-	
tal .....	374
Síntese .....	377

<b>Identificação de Necessidades de Intervenção</b> .....	377
Estudos de validação do PEDS .....	378
Reconhecimento de necessidades de apoio .....	382
Implementação do protocolo de detecção precoce .....	386
Síntese .....	389
<b>Desenvolvimento e Implementação de Intervenções</b> .....	390
Avaliação do impacto da intervenção .....	391
Avaliação do processo de implementação .....	393
<b>Integração de Resultados</b> .....	397
<b>Limitações</b> .....	398
 <b>Considerações Finais</b> .....	 403
 <b>Referências Bibliográficas</b> .....	 409

## Apêndices

<b>Apêndice A. Protocolo de Consentimento</b> .....	465
<b>Apêndice B. Protocolo de Consentimento da Avaliação Pós-Intervenção</b> .....	469
<b>Apêndice C. PEDS</b> .....	475
<b>Apêndice D. Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ)</b> ...	479
<b>Apêndice E. Toddlers and Preschoolers Sleep Questionnaire (TPSQ)</b> .....	483
<b>Apêndice F. Ficha de Caracterização</b> .....	487
<b>Apêndice G. Questionário de Satisfação Parental com a Intervenção</b> .....	491
<b>Apêndice H. Exemplos de Devolução de Informação aos Pais</b> .....	497
<b>Apêndice I. PEDS:DM</b> .....	505
<b>Apêndice J. Brochuras “Ajuda-me a crescer”</b> .....	511
<b>Apêndice K. Desafios do Mês</b> .....	561
<b>Apêndice L. Brochuras “Se...”</b> .....	569
<b>Apêndice M. Cartões Semanais</b> .....	599

## Índice de Figuras

Figura 1. Recrutamento de sujeitos para os diferentes estudos .....	157
Figura 2. Fluxograma do programa “De Pequenino...” .....	195
Figure 3. Flowshart of early detection .....	332
Figure 4. Study design .....	349





# Índice de Tabelas

Tabela 1. Classificação das protodissonias extrínsecas na criança pequena (24 meses ou mais) .....	78
Tabela 2. Critérios para a introdução de programas de rastreio .....	94
Tabela 3. Instrumentos de rastreio global baseados em informação fornecida pelos pais .....	97
Tabela 4. Síntese dos objetivos de caracterização das necessidades de intervenção .....	150
Tabela 5. Síntese dos objetivos de deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento .....	151
Tabela 6. Síntese dos objetivos de intervenção .....	153
Tabela 7. Estrutura fatorial do questionário de atividades e comportamentos parentais .....	174
Tabela 8. Estrutura fatorial do TPSQ .....	179
Tabela 9. Síntese das metodologias de análise de dados dos estudos complementares .....	182
Tabela 10. Temas das brochuras “Se...” .....	198
Table 11. Child and family demographic characteristics .....	208
Table 12. Frequency of behavior problems according to SDQ scores .....	212
Table 13. Descriptives for involvement scale and items .....	213
Tabela 14. Descriptives for discipline strategies scales and items .....	214
Table 15. Multinomial logistic regression for SDQ total difficulties score .....	215
Table 16. Multinomial logistic regression for SDQ conduct problems score .....	216
Table 17. Multinomial logistic regression for the hyperactivity inattention score .....	217
Table 18. Child and family demographic characteristics .....	227
Table 19. Descriptives of sleep related difficulties .....	232
Table 20. Predictors of parental sleep-related behaviors .....	234
Table 21. Predictors of short sleep duration .....	235
Table 22. Predictors of sleep difficulties .....	236
Table 23. Child and family demographic characteristics .....	247
Table 24. Regression models predicting the total difficulties score (90 <sup>th</sup> percentile) .....	253
Table 25. Predictors of the conduct problems score (90 <sup>th</sup> percentile) .....	254

Table 26. Child and family demographic characteristics .....	268
Table 27. Distribution of parents' concerns across PEDS domains and paths for US normative sample and Portuguese sample .....	272
Table 28. Socio-demographic predictors of parents' concerns .....	274
Table 29. Socio-demographic predictors of raising concerns and PEDS paths ...	276
Table 30. Frequency of parental concerns across PEDS domains .....	289
Table 31. Inter-domain correlations .....	290
Table 32. Predictive value of parental concerns and PEDS paths for develop- mental disability .....	292
Table 33. Predictive value of parental concerns for SDQ scores above the 80 <sup>th</sup> percentile .....	294
Table 34. Accuracy of parental concerns in the detection of children with SDQ borderline scores .....	295
Table 35. Predictors of parental concerns .....	310
Table 36. Agreement and discrepancies between parental concerns and total difficulties .....	311
Table 37. Correlates of agreement and discrepancy between parental concerns and SDQ categories .....	311
Table 38. Predictors of inaccurate concerns and inaccurate perceptions of prob- lems .....	312
Table 39. Predictors of perception of problems .....	313
Table 40. Agreement and discrepancies between parental perception of prob- lems and total difficulties .....	314
Table 41. Correlates of discrepancies between perception of problems and SDQ total difficulties .....	314
Table 42. Agreement and discrepancies between parental concerns and percep- tion of problems .....	315
Table 43. Correlates of discrepancies between perception of problems and con- cerns .....	316
Table 44. Child and family demographic characteristics .....	327
Table 45. Parental concerns and risk paths .....	334
Table 46. Distribution of risk factors according to the risk path .....	335
Table 47. Information and decisions following the interviews with parents .....	336

Table 48. Socio-demographic characteristics at pre-intervention by group .....	347
Table 49. Parental behaviors scales (PBAQ) in pre- and post-intervention for the two groups .....	357
Table 50. Parenting strategies in pre- and post-intervention for the two groups ..	358



## Índice de Caixas

Caixa 1. Intervenções preventivas em saúde mental .....	110
Caixa 2. Níveis de intervenção do programa Triple P .....	125
Caixa 3. Procedimentos de Extinção .....	142
Caixa 4. Principais características do programa “De Pequenino...” .....	188
Caixa 5. Resumo das evidências de relevância científica ou clínica para os conteúdos incluídos no programa “De Pequenino...” .....	190
Caixa 6. Cuidados na construção dos materiais escritos .....	193
Caixa 7. Intervenções disponibilizadas no terceiro nível .....	200
Caixa 8. Cuidados na discussão dos resultados do PEDS com os pais .....	201



# Introdução

Na última década tem-se assistido a um interesse renovado no desenvolvimento ao longo dos primeiros anos de vida (Vimpani, Patton, & Hayes, 2002; Wertlieb, 2003). Tem sido sistematicamente mostrado que o bem-estar da criança nestes primeiros anos tem um impacto importante no desenvolvimento futuro (Vimpani et al., 2002).

A evidência mais recente do domínio das neurociências tem reforçado a importância desta fase da vida. Durante os primeiros anos ocorre um desenvolvimento cerebral extenso, nomeadamente pelo estabelecimento de conexões cerebrais (McCain & Mustard, 1999). As experiências precoces da criança, nomeadamente as interações positivas com os adultos e a exposição a estimulação adequada, contribuem para o estabelecimento dessas conexões, influenciando o desenvolvimento, aprendizagem, comportamento e regulação ao longo da vida (Shonkoff & Phillips, 2000). Finalmente, existem períodos críticos para o estabelecimento das conexões cerebrais, que requerem estimulação adequada. Uma parte importante desses períodos críticos ocorre durante os primeiros seis anos de vida (McCain & Mustard, 1999). As crianças que recebem estimulação desadequada durante este período estarão em maior risco de desenvolver problemas de aprendizagem, emocionais e comportamentais, em fases posteriores da vida (McCain & Mustard, 1999; Shonkoff & Phillips, 2000).

Ao mesmo tempo que a importância dos primeiros anos de vida tem sido reforçada, tem-se verificado uma estagnação ou mesmo agravamento nos indicadores de saúde e bem-estar das crianças. Nomeadamente, verificou-se um aumento na prevalência dos problemas de desenvolvimento e comportamento (Kelleher, McInerny, Gardner, Childs, & Wasserman, 2000). Os primeiros sinais destes problemas surgem frequentemente muito cedo (Gilliam & Shahar, 2006) e o seu impacto mantém-se ao longo do desenvolvimento (Briggs-Gowan, Carter, Bosson-Heenan, Guyer, & Horwitz, 2006; Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Lavigne et al., 1998).

Desta forma, a promoção do desenvolvimento saudável da criança pequena tem estado entre as prioridades de governos (e.g., *Early Childhood Development Agreement*, Government of Canada; *Healthy People 2020*, U.S. Department of Health and Human Services; *National Service Framework for Children, Young People, and Maternity Services*, UK Department of Health; *NSW 2021*, New South Wales Government) e organizações (e.g., *Bright Futures*, American Academy of Pediatrics; *Improving the Odds*, Ontario College of Family Physicians). Várias iniciativas e programas têm focado a promoção do desenvolvimento e adaptação da criança pequena, abrangendo um leque muito diversificado de medidas e intervenções.

Considerando o papel dos pais para o desenvolvimento e adaptação da criança, a degradação dos indicadores de saúde mental infantil tem sido interpretada como um sinal da dificuldade das famílias em lidarem com os desafios da sociedade atual e um indicador da necessidade de as apoiar na tarefa de educar os filhos (American Academy of Pediatrics, 2003). De forma consistente, alguns estudos internacionais têm mostrado que uma proporção importante dos pais manifesta necessidades de apoio e aconselhamento acerca de tópicos relacionados com a parentalidade (Bethell, Peck, & Schor, 2001; Young, Davis, Schoen, & Parker, 1998). Paralelamente, a recomendação de



investir nos fatores modificáveis para melhorar a saúde mental das crianças conduziu também a uma focalização nos pais e, especificamente, no comportamento parental (Cowan, Powell, & Cowan, 2006; Kazdin, 1997; Morawska & Sanders, 2007).

O papel do comportamento parental para a saúde, desenvolvimento e adaptação das crianças tem sido sistematicamente demonstrado (Baumrind, 1993; Gutman & Feinstein, 2007; O'Connor, 2002; Richter, 2004; Soliday, 2004; Wade, 2004). A este nível, alguns dos “ingredientes” necessários para o alcance de resultados positivos estão bem estabelecidos. Nomeadamente, um comportamento afetuoso e responsivo às necessidades da criança, uma vinculação positiva, uma disciplina consistente e uma comunicação clara associaram-se repetidamente a um melhor desenvolvimento e adaptação (Grusec, 2002; Teti & Candelaria, 2002). Por seu turno, estilos parentais assentes sobretudo em estratégias coercivas foram associados a dificuldades no desenvolvimento da auto-regulação e a uma série de outros efeitos negativos no desenvolvimento da criança (Aunola & Nurmi, 2005; Barber, 1996). Desta forma, uma parte das intervenções parentais tem procurado reduzir a exposição da criança a estratégias desadequadas ou ineficazes e aumentar a sua exposição a estratégias eficazes (O'Connell, Boat, & Warner, 2009).

Várias revisões de literatura e meta-análises têm confirmado a efetividade das intervenções parentais dirigidas à promoção de comportamentos parentais eficazes (Barlow, Smailagic, Ferriter, Bennett, & Jones, 2010; Moran, Ghate, & van der Merwe, 2004). Contudo, a dimensão da evidência disponível para diferentes problemas e níveis de intervenção é relativamente discrepante. Nomeadamente, o papel parental nas intervenções dirigidas a comportamentos disruptivos está muito mais estabelecido do que nas intervenções dirigidas a outros problemas, como a ansiedade ou inibição comportamental (Barlow, Tennant, Goens, Stewart-Brown, & Day, 2007; Forehand, Jones, &

Parent, 2013). Por outro lado, existem muito mais avaliações de programas dirigidos a populações clínicas ou de risco do que de programas dirigidos à população em geral (Cavaleri, Olin, Kim, Hoagwood, & Burns, 2011; Rapee, 2008; Stewart-Brown & McMillan, 2010). De forma contrastante, tem sido enfatizada a importância de considerar as necessidades diversas das famílias em termos de intervenção e de reforçar as intervenções dirigidas à população em geral (Stewart-Brown & McMillan, 2010).

Para começar, têm sido identificadas várias barreiras à participação dos pais nos programas parentais tradicionais. As intervenções parentais habitualmente não estão disponíveis de forma alargada, seja pelos recursos que mobilizam (Cunningham, Bremner, & Boyle, 1995; Foster, Johnson-Shelton, & Taylor, 2007) seja porque não têm sido integradas nas práticas comuns dos contextos clínicos e educativos a que as famílias têm acesso (Taylor & Biglan, 1998). Por outro lado, têm-se verificado taxas de recrutamento e retenção dos pais nestas intervenções muito baixas, que se prendem com uma série de dificuldades logísticas (Dumka & Garza, 1997; Foster et al., 2007; Spoth & Redmond, 2000). Desta forma, apenas uma proporção muito reduzida de famílias beneficia deste tipo de intervenção. Tem sido por isso apontado que, muito embora a dimensão do efeito de intervenções dirigidas a grupos específicos seja superior, o seu alcance reduzido compromete o impacto nas taxas de prevalência dos problemas de desenvolvimento e comportamento ao nível populacional (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). Na verdade, a redução da prevalência dos problemas de desenvolvimento e comportamento implicará que uma proporção alargada da população seja alcançada por intervenções efetivas e não apenas a população com fatores de risco (Offord, Kraemer, Kazdin, Jensen, & Harrington, 1998; Taylor & Biglan, 1998).

Paralelamente, tem sido sugerido que as intervenções parentais mais estudadas não têm respondido às necessidades mais gerais dos pais. Por um lado, uma parte das

crianças com problemas de desenvolvimento e comportamento não é identificada precocemente (Glascoe & Shapiro, 1999; Lavigne et al., 1998; Regalado & Halfon, 2001). Por outro lado, uma percentagem importante de pais de crianças com um desenvolvimento normal reporta preocupações ou necessidades de informação e aconselhamento não correspondidas (Bethell et al., 2001; Bethell, Peck Reuland, Halfon, & Schor, 2004; Glascoe, 2001; Jellinek et al., 1999; Olson et al., 2004; Schuster, Duan, Regalado, & Klein, 2000; Young et al., 1998).

Fica assim claro que, embora exista já um extenso corpo de investigação que fundamenta a efetividade das intervenções parentais, continuam a existir muitas lacunas no que se refere à adoção generalizada dessas intervenções (O’Connell et al., 2009; Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005). É neste contexto que a necessidade de mudar o paradigma em que estas intervenções parentais têm sido enquadradas e de adotar uma abordagem de saúde pública para o desenvolvimento e saúde mental infantil tem sido fortemente advogada (Bayer, Hiscock, Morton-Allen, Ukoumunne, & Wake, 2007; Costello & Angold, 2000; Embry, 2004; Sanders, 2012; Stewart-Brown & McMillan, 2010; Taylor & Biglan, 1998). O modelo de saúde pública tem subjacente uma preocupação com as necessidades de saúde de toda a população e não apenas dos indivíduos em maior risco ou necessidade (US Department of Health and Human Services, 1999). De acordo com esta abordagem, o objetivo deixa de ser exclusivamente que as intervenções parentais beneficiem as famílias que as recebem, mas sim aumentar a prevalência de famílias “eficazes” (Taylor & Biglan, 1998). De acordo com este racional, uma proporção alargada da população deveria receber intervenções relativas a práticas parentais eficazes, disponibilizando às famílias um leque diversificado de intervenções, organizadas por níveis de necessidade e intensidade (Hall & Elliman, 2006; O’Connell et al., 2009; Offord et al., 1998; Taylor & Biglan, 1998).

De acordo com o exposto, vários autores têm proposto que melhorar o desenvolvimento e adaptação das crianças pequenas implica melhorar a compreensão dos problemas de desenvolvimento e comportamento e respetivos fatores modificáveis, melhorar a identificação das necessidades das famílias e recrutamento para as intervenções e tornar as intervenções parentais mais amplamente disponíveis (Regalado & Halfon, 2001; Shonkoff & Phillips, 2000; Taylor & Biglan, 1998).

Relativamente ao primeiro aspeto, e focando o comportamento parental, a investigação acerca dos efeitos do comportamento parental permitiu estabelecer as grandes linhas orientadoras dos programas parentais (e.g., parentalidade positiva, disciplina eficaz). Contudo, a necessidade de proporcionar intervenções à população em geral e de maximizar os recursos utilizados, implica um melhor conhecimento dos aspetos específicos do comportamento parental com um contributo individual mais importante para o desenvolvimento e adaptação da criança. Com efeito, tem sido apontada a necessidade de detalhar o conhecimento acerca dos efeitos de um maior leque de práticas parentais específicas (Forehand et al., 2013; Grusec & Goodnow, 1994; Locke & Prinz, 2002; Socolar, Savage, Devellis, & Evans, 2004; Vittrup, Holden, & Buck, 2006).

Por outro lado, a investigação relativa à avaliação dos programas parentais não tem identificado de forma sistemática os “ingredientes ativos” dessas intervenções (Forehand et al., 2013), não permitindo isolar as melhores apostas para intervenções de base universal (Locke & Prinz, 2002). Alguns autores têm feito propostas específicas quanto às mensagens a disponibilizar numa lógica populacional, nomeadamente identificar e atender aos sinais da criança, organizar rotinas consistentes, brincar com a criança, contar histórias e utilizar estratégias de disciplina eficazes e adequadas ao nível de desenvolvimento da criança (Bertrand, Williams, & Ford-Jones, 2008; Embry, 2004). Ora, numa lógica de saúde populacional, é essencial conhecer melhor a frequência com

que os pais utilizam as práticas habitualmente categorizadas como efetivas e inefetivas e o seu contributo relativo para o ajustamento da criança.

No que se refere à melhoria da identificação de necessidades e disponibilização alargada de intervenções, é necessário desenvolver e implementar sistemas de rastreio adequados e identificar e implementar intervenções parentais passíveis de alcançar a população em geral e não apenas as famílias em maior risco. Algumas iniciativas internacionais têm encetado esforços para dar resposta a estas necessidades, revelando resultados promissores. Contudo, uma parte desses esforços dirigiu-se apenas ao rastreio (e.g., *Assuring Better Child Health and Development Project* [ABCD], Earls & Hay, 2006; a\_tempo, Sarmiento Campos, Squires, & Ponte, 2011) ou à intervenção (e.g., *Connected Kids*, Sege et al., 2005; *Triple P*, Sanders, 2012). Por outro lado, muitas das intervenções estudadas continuam a implicar um esforço considerável em termos de recursos e de formação (e.g., *Healthy Steps for Young Children Program*, Minkovitz et al., 2007), tornando difícil a sua implementação generalizada. Para cumprir a lógica de saúde pública, é necessário garantir a disponibilização alargada da informação e estratégias baseadas na evidência, recorrendo a formatos e mecanismos de disponibilização acessíveis (Metzler, Sanders, Rusby, & Crowley, 2012).

Assim, a necessidade de encontrar percursos alternativos para a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento e para a promoção do desenvolvimento e adaptação infantil continua a ser uma realidade. Taylor e Biglan (1998) salientam a necessidade de diversificar os canais pelos quais se procura influenciar o funcionamento familiar (i.e., media, saúde, educação, comunidade) bem como as modalidades de intervenção disponibilizadas. Entre as alternativas sugeridas para melhorar o alcance das intervenções parentais conta-se a disponibilização de intervenções auto-administradas (*self-directed*). Contudo, uma parte importante das intervenções avaliadas

foi organizada sob a forma de biblioterapia, dirigindo-se a pais de crianças com níveis subclínicos ou clínicos de problemas emocionais e de comportamento (Elgar & McGrath, 2003; Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, & Feldmann, 2008; O'Brien & Daley, 2011; Rapee, Abbott, & Lyneham, 2006). Desta forma, implicaram uma intensidade considerável e alcançaram apenas grupos específicos de pais.

Conjugando a diversificação dos canais e de modalidades, foi sugerida a importância de desenvolver e distribuir materiais com informação empiricamente validada para responder às necessidades comuns dos pais de crianças pequenas (Metzler et al., 2012; Taylor & Biglan, 1998). Dados internacionais reforçaram a importância desta aposta, na medida em que os próprios pais mostraram preferência por alternativas de disponibilização menos exigentes, como através dos media, da internet ou de materiais escritos (Metzler et al., 2012). Neste âmbito, a disponibilização alargada de materiais escritos, sob a forma de brochuras parentais (*age-paced newsletters*) ou de panfletos dirigidos a tópicos específicos, tem revelado resultados promissores (Adair, Zuckerman, Bauchner, Philipp, & Levenson, 1992; Cudaback et al., 1985; Riley, Meinhardt, Nelson, Salisbury, & Winnett, 1991; Sege et al., 1997; Waterston et al., 2009).

Em Portugal, como noutros países, a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento está largamente assente na vigilância de saúde infantil integrada nos cuidados de saúde primários. Contudo, as orientações clínicas disponíveis (Direção-Geral da Saúde, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2005) não incluem uma abordagem sistemática à deteção precoce, que conjugue a vigilância e o rastreio, conforme é recomendado internacionalmente (Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, & Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory, 2006). Da mesma forma, a intervenção parental provavelmente mais disponibilizada à população

em geral é o aconselhamento antecipatório, no contexto da vigilância de saúde infantil. Contudo, à semelhança do que acontece noutros países, as orientações clínicas para a disponibilização desse aconselhamento são muito gerais, criando condições para uma grande heterogeneidade na forma como é implementado. Por outro lado, à exceção de alguns estudos acerca da implementação de programas parentais internacionais mais intensivos no contexto português (Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012), não são conhecidos dados de avaliação de iniciativas baseadas em abordagens universais.

O presente trabalho tem subjacente uma abordagem de saúde pública ao desenvolvimento e ajustamento da criança pequena<sup>1</sup>, organizando-se por isso em três componentes inter-relacionadas: caracterização das necessidades de intervenção; deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento; construção, implementação e avaliação de uma intervenção de base universal. Adotando uma leitura ecológica do desenvolvimento e seguindo as evidências acerca do impacto do comportamento parental no ajustamento da criança, procurámos identificar os contributos relativos de práticas parentais específicas para diferentes indicadores de ajustamento da criança (i.e., problemas socio-emocionais e de comportamento, sono).

Considerando a importância dos instrumentos de rastreio globais e da perceção parental de dificuldades para a identificação precoce de necessidades de intervenção, seleccionámos, adaptámos e procedemos aos estudos de validação de um instrumento de rastreio assente em informação disponibilizada pelos pais. Paralelamente, explorámos o papel de diferentes formas de perceção parental de necessidades (i.e., perceção de problemas e preocupações parentais) para a identificação de necessidades de intervenção.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, são contempladas crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos de idade. A seleção deste período prende-se com a sua importância para o desenvolvimento e adaptação da criança e também com o aumento da autonomia verificado nesta fase, com o correspondente aumento das preocupações e necessidades de apoio dos pais.

Finalmente, desenvolvemos, implementámos e testámos a viabilidade de um protocolo de deteção precoce a partir de um contexto educativo.

Seguindo a necessidade de disponibilizar de forma alargada informação e estratégias empiricamente validadas e adotando a lógica de uma das intervenções universais mais amplamente acessíveis – o aconselhamento antecipatório – desenvolvemos um conjunto de materiais escritos dirigidos aos pais em geral e a pais com preocupações específicas. Assumindo a criança como um ser em constante desenvolvimento, a organização dos materiais partiu do processo de desenvolvimento normal para definir as necessidades específicas de cada fase e as dificuldades e preocupações mais comuns. Agregando estes materiais ao protocolo de deteção precoce, organizámos um fluxograma para a disponibilização da intervenção de acordo com as necessidades identificadas: informação sobre desenvolvimento e comportamento; informação dirigida à adoção de práticas parentais mais adaptadas para a resolução de dificuldades assinaladas; encaminhamento. Este fluxograma foi implementado a partir de um contexto educativo e avaliada a sua viabilidade, aceitação e impacto.

O texto que se segue está organizado em duas secções principais. Na primeira secção, descrevemos o estado da arte no que se refere ao desenvolvimento e adaptação da criança pequena (Capítulo 1), à deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento (Capítulo 2) e à promoção do desenvolvimento e adaptação socio-emocional da infância (Capítulo 3). A segunda secção integra a componente empírica, incluindo um capítulo de descrição dos objetivos específicos e de apresentação dos aspetos metodológicos inerentes (Capítulo 4) e três capítulos que descrevem os estudos realizados no âmbito de cada uma das componentes que constituem este trabalho. O Capítulo 5 inclui, portanto, os artigos relativos ao papel de práticas parentais específicas para a adaptação socio-emocional da criança (artigo 1), indicadores de sono (artigo 2) e



relação entre sono e problemas de comportamento (artigo 3). O Capítulo 6 dirige-se a aspetos relacionados com a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento, integrando os artigos sobre os estudos de validação de um instrumento de rastreio (artigos 4 e 5), o papel da perceção parental de necessidades para a identificação de problemas (artigo 6) e a implementação de um protocolo de deteção precoce (artigo 7). O Capítulo 7 descreve o desenvolvimento, implementação e avaliação de processo e impacto de uma intervenção de base universal. No final, é feita uma discussão integrada dos resultados dos diferentes estudos, incluindo as suas limitações, potencialidades e implicações.



**P**ARTE **I**

# **C**OMPONENTE **T**EÓRICA



# CAPÍTULO I

## **Desenvolvimento e Adaptação nos Primeiros Anos de Vida**

### **1. Desenvolvimento e Saúde Mental na Infância**

A infância é caracterizada pela ocorrência de um desenvolvimento acelerado ao nível físico, cognitivo e socio-emocional e por períodos de transição e reorganização sucessivos, tornando-a um período de riscos e oportunidades (O’Connell et al., 2009; US Department of Health and Human Services, 1999). Nesta fase, a saúde mental pode ser definida pelo alcance dos marcos do desenvolvimento esperados e por um funcionamento adaptativo nos diversos contextos em que a criança se integra (Hoagwood, Jensen, Petti, & Burns, 1996; O’Connell et al., 2009). Durante os primeiros anos de vida, o leque de manifestações e comportamentos considerados normais é muito amplo. Aliás, os processos de desenvolvimento normais e anormais são muitas vezes separados apenas por diferenças de grau em termos de frequência, intensidade e duração (Carter et al., 2004; US Department of Health and Human Services, 1999). Por isso mesmo, torna-

se muitas vezes difícil distinguir manifestações normais e patológicas. Esta dificuldade de distinguir manifestações transitórias e persistentes é acentuada pelas mudanças aceleradas deste período de desenvolvimento (Egger & Angold, 2006). Contudo, uma percentagem importante de crianças pequenas experiencia sinais e sintomas que vão além das variações normativas e transitórias e que, como tal, têm significado diagnóstico (Angold & Egger, 2007; Carter et al., 2004; Postert, Averbek-Holocher, Beyer, Müller, & Furniss, 2009).

Durante muito tempo, existiu uma grande focalização nos problemas mais relacionados com o desenvolvimento cognitivo e da linguagem, sendo as manifestações comportamentais e socio-emocionais desvalorizadas ou minimizadas (Carter et al., 2004). Contudo, existe hoje evidência suficiente de que as crianças pequenas podem experienciar um conjunto alargado de problemas socio-emocionais e comportamentais, para além dos problemas de desenvolvimento (Angold & Egger, 2007; Carter et al., 2004). De acordo com estimativas internacionais, 12 a 16% das crianças têm problemas de desenvolvimento e comportamento (Boyle, Decouflé, & Yeargin-Allsopp, 1994) e cerca de 14 a 26.4% das crianças são afetadas por perturbações psiquiátricas durante os primeiros cinco anos de vida (Egger & Angold, 2006). Em muitos casos, essas perturbações tendem a persistir ao longo do tempo (Briggs-Gowan et al., 2006; Carter et al., 2004; Lavigne et al., 1998).

## **2. Desenvolvimento Normal**

O desenvolvimento é o processo de crescimento, maturação e mudança que acompanha o ciclo de vida dos indivíduos, e que acontece a um ritmo particularmente acelerado durante os primeiros anos de vida. À luz da psicopatologia do desenvolvimento, o desajustamento constitui um desvio do desenvolvimento normal (Rutter & Sroufe,

2000). Desta forma, a compreensão dos processos de desenvolvimento normal e dos fatores que interferem com o mesmo é essencial para compreender a saúde mental da criança e os aspetos que influenciam a sua manutenção (Rutter & Sroufe, 2000).

A discussão acerca das condições que determinam as trajetórias de desenvolvimento das crianças tem marcado diferentes campos de investigação e guiado diversas teorizações. As causas precisas que determinam a manutenção em trajetórias adaptativas ou o desvio para trajetórias inadaptativas não são conhecidas, nomeadamente pela complexidade dos processos subjacentes. Mas os diversos fatores que podem contribuir para os resultados de desenvolvimento das crianças têm sido amplamente estudados, com focos diferentes em função da abordagem subjacente. Os grandes domínios das influências biológicas (*nature*) e ambientais (*nurture*) e sua inter-relação têm marcado esta discussão. No âmbito dos fatores ambientais, o papel dos pais tem recebido uma atenção particular.

Do ponto de vista teórico, não existe propriamente uma teoria unificadora que explique a influência do papel parental na saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança. Os trabalhos mais clássicos assentavam em perspetivas extremamente deterministas e modelos unilaterais das relações pais-criança (Maccoby, 1992). Os trabalhos posteriores foram-se focando nos processos e considerando o papel ativo da criança, concebendo os fatores parentais na sua inter-relação com a criança e o ambiente mais global e envolvendo processos bidirecionais e interativos (Bronfenbrenner & Morris, 2006). De acordo com a abordagem ecológica do desenvolvimento, as trajetórias da criança são determinadas por diversos sistemas, abarcando fatores genéticos/biológicos, intrapessoais, familiares, sociais, culturais, comunitários, políticos e do ambiente físico, que interagem entre si e se influenciam mutuamente (Bronfenbrenner & Morris, 2006). De acordo com esta abordagem, são os sistemas proximais, com que a criança interage de

forma direta e que proporcionam as experiências quotidianas, que influenciam o seu desenvolvimento de forma mais profunda.

Partindo desta abordagem ecológica do desenvolvimento, um extenso corpo de investigação tem explorado os fatores familiares distais e proximais que influenciam o desenvolvimento e saúde da criança, incluindo fatores estruturais, características da família e processos familiares (Feinstein, Duckworth, & Sabates, 2004; Masten & Shaffer, 2006). Se é verdade que fatores distais como o rendimento e nível educacional dos pais mostraram um elevado impacto no desenvolvimento da criança (Duncan & Brooks-Gun, 2000), é também verdade que esses serão mais difíceis de modificar por intervenções diretas (Morawska & Sanders, 2007). Por seu turno, fatores como a saúde mental dos pais, a relação conjugal e o comportamento parental têm sido apontados como mais modificáveis e igualmente determinantes do desenvolvimento da criança (Cowan et al., 2006; Kazdin, 1997). O comportamento parental (*parenting*) tem aliás sido apontado como um dos preditores mais fortes do desenvolvimento da criança (Baumrind, 1993; Bradley et al., 1994; Bradley, Corwyn, McAdoo, & Coll, 2001; Gutman & Feinstein, 2010).

Nas últimas décadas, alguns trabalhos da área da genética comportamental têm desvalorizado as influências do ambiente, e especificamente do papel parental (Harris, 1998; Rowe, 1994; Scarr, 1992). Contudo, a literatura mais recente reforça a importância do papel parental e salienta o comportamento parental como parte de um conjunto de fatores que interagem entre si, influenciando o desenvolvimento da criança (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bornstein, 2000; Maccoby, 2000). As evidências relativas ao desenvolvimento cerebral e neurológico confirmam também o papel dos fatores do ambiente, nomeadamente da relação pais-criança (Shonkoff & Phillips, 2000).



## 2.1. Fatores de risco, fatores de proteção e trajetórias de influência

De acordo com a abordagem da psicopatologia do desenvolvimento, múltiplos fatores contribuem para o desenvolvimento do indivíduo, podendo ser categorizados em fatores de risco e fatores de proteção (Rutter & Sroufe, 2000). Os fatores de risco aumentam a vulnerabilidade da criança enquanto que os fatores de proteção aumentam a capacidade do indivíduo para lidar com a adversidade. Estes fatores conjugam-se e interagem entre si de forma complexa e cumulativa, produzindo resultados de desenvolvimento diversos. Considerando a complexidade das interações entre os diversos fatores que determinam o desenvolvimento infantil, vários trabalhos têm explorado a forma pela qual o comportamento parental influencia as trajetórias da criança.

Uma parte desses trabalhos tem focado os aspetos do comportamento parental que colocam a criança em maior risco ou que a protegem de trajetórias inadaptables. Muito embora estas associações estejam dependentes dos indicadores de desenvolvimento analisados e de uma série de outras variáveis (Teti & Candelaria, 2002), tem sido possível descrever uma série de aspetos do comportamento parental que influenciam de forma consistente o desenvolvimento da criança em diferentes domínios. Neste âmbito, a investigação tem-se focado na identificação de estilos parentais e de estratégias ou práticas parentais específicas.

### 2.1.1. *Estilos parentais educativos*

Os estilos parentais constituem uma constelação de atitudes em relação à criança e que, no seu conjunto, criam o tom ou o clima emocional da relação (Darling & Steinberg, 1993). A literatura sobre estilos parentais educativos tem adotado duas abordagens principais: a abordagem dimensional e a abordagem tipológica. As **dimensões**

mais consistentemente avaliadas e associadas ao desenvolvimento e adaptação da criança são o afeto/apoio ou sensibilidade/responsividade e o controlo (Barber, 1996; Darling & Steinberg, 1993; Patterson, 1982). A primeira dimensão diz respeito à forma como os pais manifestam o seu amor pela criança e lhe transmitem a noção de que é aceite e aprovada. A dimensão controlo contempla a forma como os pais orientam e gerem o comportamento da criança. A investigação tem confirmado a contribuição destas dimensões para o desenvolvimento e adaptação da criança (Aunola & Nurmi, 2005; Buschgens et al., 2010; Caron, Weiss, Harris, & Catron, 2006; Galambos, Barker, & Almeida, 2003).

Os trabalhos mais recentes têm distinguido duas formas de controlo: o controlo psicológico e o controlo comportamental (Aunola & Nurmi, 2005; Barber, 1996; Galambos et al., 2003). Barber (1996) discutiu a dimensão controlo tendo subjacente a noção de que a preocupação em orientar o comportamento da criança deve ser equilibrada com a promoção da sua autonomia. O controlo psicológico consiste num controlo intrusivo e coercivo, com recurso a técnicas de restrição da expressão individual, de sobreproteção e de manipulação da emoção, como a indução de culpa ou vergonha e a retirada de amor. Este tipo de controlo prejudica o desenvolvimento e expressão da autonomia da criança. O controlo comportamental integra os comportamentos dos pais dirigidos à gestão do comportamento da criança, podendo manifestar-se através do estabelecimento de regras, da monitorização e da utilização de diferentes estratégias de disciplina.

A evidência empírica sugere que o controlo psicológico e o controlo comportamental têm um padrão distinto de associação com o funcionamento da criança. O controlo psicológico parece ter um efeito mais difuso, associando-se de forma consistente com problemas de internalização e, em algumas situações, com problemas de externali-

zação e também com o processo de desenvolvimento da criança (Aunola & Nurmi, 2005; Barber, 1996). O controle comportamental tende a estar associado a menos problemas de externalização (Aunola & Nurmi, 2005; Barber, 1996; Caron et al., 2006; Galambos et al., 2003). Alguns trabalhos identificaram uma associação com mais problemas de internalização (Caron et al., 2006).

No que se refere aos **tipos** de estilos parentais educativos, os trabalhos de Diana Baumrind são provavelmente os mais conhecidos, tendo sido centrais para mostrar que a parentalidade eficaz envolve um conjunto de elementos que se agregam para formar estilos parentais distintos. Nesta conceptualização, são contempladas combinações de comportamentos e atitudes de várias dimensões, agregando-se em três tipos: autoritativo, autoritário, permissivo (Baumrind, 1971). O estilo autoritativo é caracterizado por elevados níveis de controlo, afeto, clareza na comunicação e exigência. O estilo autoritário integra elevados níveis de controlo e exigência, mas níveis baixos de afeto e clareza na comunicação. O estilo permissivo é definido por elevados níveis de afeto e clareza na comunicação e níveis baixos de controlo e exigência. Mais tarde, foi incluído o estilo negligente, que é caracterizado por um baixo envolvimento global com a criança, baixo afeto e baixa exigência (Maccoby & Martin, 1983).

O estilo parental autoritativo tem sido sistematicamente associado a melhores resultados de saúde, desenvolvimento e adaptação das crianças (Berge, Wall, Loth, & Neumark-Sztainer, 2010; García & Gracia, 2009; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991; Newman, Harrison, Dashiff, & Davies, 2008). O estilo autoritário tem sido associado a piores competências sociais e autocontrolo (Lamborn et al., 1991). A dependência e baixa assertividade têm sido associadas ao estilo permissivo, embora alguns trabalhos tenham encontrado uma associação com melhores indicadores de adap-

tação socio-emocional (García & Gracia, 2009; Lamborn et al., 1991). O estilo negligente tem sido associado aos piores resultados (Lamborn et al., 1991).

### ***2.1.2. Práticas parentais***

As práticas parentais são comportamentos específicos, orientados por objetivos concretos (Darling & Steinberg, 1993). A literatura empírica sobre o impacto de práticas parentais tem essencialmente explorado o papel de comportamentos específicos, seguindo os “ingredientes” já identificados a partir da evidência relativa aos estilos parentais. Neste âmbito, tem-se debruçado maioritariamente sobre os comportamentos de apoio/envolvimento e sobre as estratégias de controlo ou de disciplina (Locke & Prinz, 2002; Stewart-Brown & McMillan, 2010; Teti & Candelaria, 2002).

O envolvimento parental tem sido repetidamente associado a um melhor desenvolvimento e adaptação socio-emocional da criança (Pettit, Bates, & Dodge, 1997), nomeadamente através do papel do afeto e responsividade (Eshel, Daelmans, Cabral de Mello, & Martines, 2006; McKee et al., 2007; Richter, 2004; Trentacosta et al., 2008), do envolvimento em atividades partilhadas (Russell & Russell, 1996) e da disponibilização de um ambiente estimulante (Bradley et al., 1994; Gutman & Feinstein, 2007). A especificidade do afeto para o tipo de resultados da criança foi explorada pontualmente, indicando que será um melhor preditor de comportamentos agressivos do que de sintomas depressivos (D. J. Jones et al., 2008). O papel de práticas parentais positivas, como o afeto, o envolvimento em atividades, o elogio e o encorajamento, foi associado a níveis mais baixos de comportamento anti-social, mesmo depois de controlado o efeito da punição severa (Pettit et al., 1997).

Relativamente às estratégias de disciplina, a maior parte dos estudos tem incidido sobre as estratégias de indução e coerção. As estratégias de indução caracterizam-se

pela tentativa de obter a cooperação voluntária da criança através da explicação da necessidade e motivos para um determinado comportamento e das consequências do não cumprimento desse comportamento (Grusec & Goodnow, 1994). A coerção inclui um conjunto de comportamentos como a punição física, a ameaça, a humilhação e a privação de privilégios ou objetos.

As estratégias de indução têm sido associadas a melhores indicadores de adaptação socio-emocional e cooperação da criança e as estratégias de coerção, particularmente a punição física e a disciplina severa, a mais problemas de comportamento (Capaldi, Chamberlain, & Patterson, 1997; Lansford, Criss, & Dodge, 2009; McKee et al., 2007; Teti & Candelaria, 2002). Contudo, foi sugerido que a mudança do comportamento da criança pode exigir um nível mínimo de coerção, de forma a que a criança se foque na mensagem dos pais (Teti & Candelaria, 2002). De forma consistente, o nível de associação entre práticas disciplinares punitivas e comportamentos disruptivos da criança parece estar dependente da severidade, da frequência e da intensidade dessas práticas (Deater-Deckard & Dodge, 1997). Por outro lado, o efeito de estratégias de punição severas na adaptação socio-emocional da criança parece ser moderado pelos níveis de envolvimento parental (Pettit et al., 1997). De uma forma geral, a firmeza, consistência e previsibilidade da disciplina associada à utilização de estratégias mais positivas, como a indução, o elogio e o reforço, e a níveis elevados de envolvimento e apoio, parecem ser ingredientes importantes para o efeito subsequente das estratégias de disciplina no ajustamento da criança (Grusec, 2011; Pettit et al., 1997; Teti & Candelaria, 2002).

Alguns autores têm salientado a necessidade de abranger um leque mais diversificado de práticas parentais específicas para compreender a forma como o comportamento parental influencia a adaptação socio-emocional da criança (Grusec, Goodnow, & Kuczynski, 2000; Grusec & Goodnow, 1994). Na verdade, sob o racional de que

algum nível de controlo e de coerção será necessário, as intervenções têm recomendado a utilização de um conjunto de estratégias (e.g., ignorar comportamentos desadequados menores, aplicar o isolamento) enquanto desaconselham outras (O’Connell et al., 2009; Sanders, Markie-Dadds, Rinaldis, Firman, & Baig, 2007). Contudo, sabe-se ainda muito pouco sobre os efeitos dessas estratégias parentais específicas no comportamento da criança (Forehand et al., 2013).

A investigação sobre estilos parentais educativos não permitiu isolar a prevalência e impacto relativo de comportamentos específicos (Socolar, 1997). A investigação sobre práticas parentais focou essencialmente a punição física ou estratégias ineficazes, deixando um conjunto alargado de práticas por explorar (Locke & Prinz, 2002; Socolar et al., 2004; Socolar, Savage, Keyes-Elstein, & Evans, 2005; Socolar, 1997; Vittrup et al., 2006). Os resultados dos estudos sobre intervenções parentais permitiram demonstrar que a abordagem da disciplina e do envolvimento são eficazes, mas não discriminaram práticas específicas, focando antes categorias mais alargadas como parentalidade positiva ou disciplina eficaz (Forehand et al., 2013; Locke & Prinz, 2002). Desta forma, não só não existe uma descrição empiricamente validada de quais as práticas parentais específicas eficazes como a própria prevalência de utilização dessas práticas na população geral não está bem documentada (Regalado, Sareen, Inkelas, Wissow, & Halfon, 2004; Socolar, Winsor, Hunter, Catellier, & Kotch, 1999).

### ***2.1.3. Efeitos e trajetórias de influência***

A investigação relativa aos fatores de risco e de proteção inerentes ao comportamento parental permitiu identificar um conjunto de processos importantes. Constatou-se que os fatores de risco e de proteção em geral, e os fatores inerentes ao comportamento parental em particular, têm um efeito cumulativo (Bradley et al., 2001; Sameroff,

Seifer, Baldwin, & Baldwin, 1993). Adicionalmente, têm sido identificados processos de mediação e moderação importantes relacionados com o comportamento parental.

O impacto negativo da desvantagem económica e do risco social no desenvolvimento da criança parece ser parcialmente mediado pela exposição da criança a comportamentos parentais inconsistentes e severos e a ambientes pouco estimulantes e pouco responsivos (Burchinal, Roberts, Zeisel, Hennon, & Hooper, 2006; Grant et al., 2003; Linver, Brooks-Gunn, & Kohen, 2002; McLoyd, 1998). Por seu turno, o impacto negativo dos rendimentos familiares e do risco social parece ser reduzido pela disponibilização de atividades estimulantes (Linver et al., 2002) e exposição a um ambiente familiar responsivo (Burchinal et al., 2006; Klebanov, Brooks-Gunn, McCarton, & McCormick, 1998).

O efeito do comportamento parental no desenvolvimento e adaptação da criança também está sujeito à influência de múltiplas variáveis, como o próprio temperamento da criança ou o contexto alargado em que a parentalidade ocorre. O temperamento difícil da criança tem sido associado com a utilização de estratégias mais coercivas e severas por parte dos pais, cujo efeito aumenta o risco de comportamentos de externalização posteriores (Bates, Pettit, Dodge, & Ridge, 1998). Por seu turno, o controlo comportamental sem punição física evidenciou um efeito de moderação da associação entre o temperamento da criança e comportamentos de externalização posteriores, reduzindo-o (Bates et al., 1998).

Finalmente, o efeito do comportamento parental na adaptação socio-emocional da criança é também influenciado pelo contexto mais alargado. Por exemplo, a utilização de níveis elevados de controlo parece ter um efeito protetor para crianças que vivem em ambientes perigosos (Brody & Flor, 1998).

#### ***2.1.4. Necessidades de integração***

Os estilos parentais educativos integram as características globais da parentalidade, sendo apontados como moderadores do efeito de práticas parentais específicas (Darling & Steinberg, 1993). Contudo, a compreensão dos diferentes efeitos do comportamento parental implica a consideração de níveis de maior especificidade, como as práticas parentais específicas e o contexto em que elas ocorrem (Grusec & Goodnow, 1994). No fundo, se é verdade que a investigação tem apoiado sistematicamente a importância do afeto, estrutura e algum nível de controlo, é também verdade que é essencial obter uma compreensão mais específica dos efeitos destes comportamentos mais globais (Grusec, 2011).

A literatura sobre o comportamento parental tem evoluído para abordagens integradoras e contextuais, que conceptualizam a parentalidade eficaz como resultado da interação entre comportamentos parentais específicos (e.g., punição física, retirada de privilégios), o tipo de comportamentos da criança (e.g., agressividade, destruição de propriedade, quebra de regras), as características da criança (e.g., idade, temperamento, humor), as características dos pais (e.g., responsividade, estilo parental) e o contexto alargado (Grusec & Davidov, 2010; Grusec & Goodnow, 1994). Desta forma, os pais eficazes serão aqueles que evidenciam flexibilidade nas interações, adaptando os seus comportamentos à situação, à criança e suas necessidades e ao contexto (Grusec et al., 2000; Grusec & Goodnow, 1994; Grusec, 2011).

### **3. Problemas de Saúde Mental na Infância**

Os problemas de saúde mental com início na infância compreendem um conjunto diverso de perturbações ao nível cognitivo, emocional e comportamental, comumente organizados em problemas de desenvolvimento e problemas do comportamento.



Conforme referido acima, as perturbações mentais da infância podem ser conceptualizadas como desvios ao desenvolvimento normal (Rutter & Sroufe, 2000). Alguns desses desvios caracterizam-se pela presença de comportamentos que emergem durante o desenvolvimento normal, mas que são exibidos num grau diferenciado, em termos de frequência, intensidade ou duração (Carter et al., 2004). Outros caracterizam-se pela presença de comportamentos atípicos, que não são habituais em nenhuma etapa do desenvolvimento ou que são expressos de uma forma qualitativamente diferente do observado em crianças com um desenvolvimento normativo (Carter et al., 2004). Enquanto estes últimos são relativamente fáceis de identificar, no caso dos desvios de grau a diferenciação entre manifestações normativas e patológicas representa um desafio considerável (Carter et al., 2004). A utilização de agregados de comportamentos ou sintomas pode facilitar a tarefa de classificação.

A classificação das perturbações mentais na infância tem sido alvo de grande discussão, por não se conhecerem suficientemente aspetos relacionados com a estabilidade dos problemas nesta fase do desenvolvimento e pela grande dificuldade de distinguir comportamentos normais e anormais num período de mudança acelerada (Carter et al., 2004). As discussões em torno deste tema têm, nomeadamente, questionado a adequação de atribuir diagnósticos à criança pequena e confrontado a abordagem dimensional e a abordagem categorial.

Historicamente, os problemas socio-emocionais e comportamentais da criança pequena têm sido abordados dimensionalmente (Egger & Angold, 2006). A abordagem dimensional é derivada empiricamente e permite a identificação da frequência de comportamentos problemáticos clinicamente relevantes, recorrendo à utilização de pontos de corte (Carter et al., 2004; Egger & Angold, 2006; Postert et al., 2009). Nesta etapa do desenvolvimento, uma classificação acima de um determinado ponto de corte tem sido

interpretada como um indicador de risco ou precursor de psicopatologia futura e não como manifestação de uma perturbação psiquiátrica (Egger & Angold, 2006). Desta forma, são consideradas crianças com problemas moderados e severos, facilitando a identificação de crianças que poderão beneficiar de intervenções preventivas e não apenas de intervenções terapêuticas (Drabick, 2009; Rutter & Sroufe, 2000). Embora esta abordagem não contemple suficientemente aspetos como a duração ou início dos problemas, tem permitido fazer uma importante caracterização dos problemas emocionais e de comportamento da criança pequena (Egger & Angold, 2006). Um exemplo disso são os múltiplos trabalhos realizados com recurso ao sistema de avaliação de Achenbach (Achenbach, Edelbrock, & Howell, 1987; Hudziak, Achenbach, Althoff, & Pine, 2007).

A abordagem categorial baseia-se em grande parte no consenso clínico, permitindo a identificação de categorias nosológicas a partir de critérios de severidade, duração, persistência e impacto (Postert et al., 2009). Até ao momento, não existe um sistema categorial de diagnóstico universalmente aceite para a classificação das perturbações mentais da criança pequena (Egger & Angold, 2006; Postert et al., 2009). Os sistemas mais reconhecidos são o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), a Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), os Critérios de Diagnóstico para a Idade Pré-Escolar (RDC-PA, Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003) e a Classificação Diagnóstica das Perturbações Mentais e do Desenvolvimento da Primeira Infância (DC:0-3R, Zero to Three, 2005).

Estes diferentes sistemas de classificação não se desenvolveram de forma independente e enfrentaram dificuldades comuns, inerentes à caracterização deste período de desenvolvimento (Postert et al., 2009). Entre elas, contam-se as limitações da criança pequena para relatar dificuldades e a enorme variação em termos de desenvolvimento,

com o consequente leque alargado de comportamentos normativos (Postert et al., 2009). Por outro lado, todos estes sistemas apresentam vantagens e limitações.

A grande crítica apontada a sistemas como o DSM-IV ou o ICD-10 é o facto de a maioria das categorias de classificação derivarem da psicopatologia do adulto, adolescente ou criança em idade escolar, com insuficiente consideração dos aspetos desenvolvimentistas (Postert et al., 2009). Uma enorme vantagem é permitirem estudar a progressão das perturbações mentais ao longo do ciclo de vida (Postert et al., 2009). Desta forma, tem havido um interesse crescente em avaliar a validade das categorias diagnósticas desses sistemas para classificar a psicopatologia na infância. De uma forma geral, tem sido possível comprovar a validade de algumas dessas categorias para esta etapa de desenvolvimento, embora com algumas adaptação dos critérios (Angold & Egger, 2007; Egger & Angold, 2006; Keenan et al., 2007; Sterba, Egger, & Angold, 2007). Assim, a organização das formas mais comuns de psicopatologia da criança e do adolescente parece já estar presente nos primeiros anos de vida, embora com diferenças claras na frequência e forma de manifestação de sintomas específicos (Angold & Egger, 2007).

No caso dos sistemas de classificação específicos da infância, o objetivo foi disponibilizar classificações complementares e com adaptações desenvolvimentistas. O RDC-PA propôs critérios de diagnóstico adequados do ponto de vista desenvolvimentista, recorrendo à evidência empírica disponível. O DC:0-3R procurou essencialmente complementar os sistemas de classificação existentes, propondo diagnósticos alternativos e classificando perturbações infantis não contempladas no DSM (e.g., perturbações da regulação), com recurso ao consenso clínico e níveis variáveis de evidência (Postert et al., 2009).

De uma forma geral, embora seja reconhecida a importância de existirem sistemas de classificação válidos e precisos para a infância, constata-se que os sistemas de

classificação mais utilizados apresentam limitações de natureza clínica e empírica, por não haver investigação suficiente sobre a expressão de problemas socio-emocionais e de comportamento nesta etapa do desenvolvimento, tornando difícil o estabelecimento de critérios de diagnóstico sensíveis às especificidades desenvolvimentistas (Egger & Angold, 2006; Postert et al., 2009).

A classificação e diagnóstico de perturbações mentais na infância deve ser informada por investigação, que inclua o tipo de comportamentos, a história, a frequência, a duração, o curso, os contextos de manifestação, o impacto, o significado do ponto de vista do desenvolvimento e os fatores contextuais (Carter et al., 2004). Alguns trabalhos têm mostrado, por exemplo, que crianças com diagnósticos subclínicos mas níveis elevados de comportamentos problema experienciam um impacto elevado (Angold, Costello, Farmer, Burns, & Erkanli, 1999; Egger & Angold, 2006). Desta forma, as duas abordagens de classificação trazem informação essencial e complementar para o processo de decisão clínica e nenhuma demonstrou superioridade para os primeiros anos de vida (Carter et al., 2004; Egger & Angold, 2006; Postert et al., 2009). Esta complementaridade é aliás reconhecida nas propostas subjacentes à organização do DSM-5 (Hudziak et al., 2007; Maser et al., 2009).

### **3.1. Problemas de desenvolvimento**

Os problemas de desenvolvimento compreendem um leque diversificado de quadros, incluindo a deficiência mental, as perturbações da aprendizagem, os atrasos específicos do desenvolvimento e as perturbações pervasivas do desenvolvimento.

As perturbações pervasivas do desenvolvimento, e particularmente as perturbações do espectro do autismo, são provavelmente o grupo de perturbações mentais da idade pré-escolar mais conhecido em termos nosológicos e epidemiológicos (Egger &

Angold, 2006). Estas perturbações manifestam-se cedo na vida e tendem a manter as mesmas características ao longo do desenvolvimento (Angold & Egger, 2007). As perturbações pervasivas do desenvolvimento caracterizam-se por dificuldades marcadas na interação social, linguagem e comunicação e pela presença de padrões de comportamentos e interesses repetitivos (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz, & Klin, 2004). De uma forma geral, as crianças que sofrem destas perturbações registam dificuldades na aquisição de uma série de marcos do desenvolvimento e tendem também a adquirir um estilo de aprendizagem distinto (Volkmar et al., 2004). As perturbações do espectro do autismo constituem uma das exceções dos sistemas de classificação mais universais, na medida em que são dos poucos diagnósticos do DSM-IV e do ICD-10 cuja formulação contempla a aplicação aos primeiros anos de vida (Postert et al., 2009). Desta forma, os critérios de diagnóstico destes sistemas de classificação são os utilizados nos estudos epidemiológicos e prática clínica (Saracino, Noseworthy, Steiman, Reisinger, & Fombonne, 2010).

Os estudos epidemiológicos têm registado um aumento das taxas de prevalência das perturbações do espectro do autismo, refletindo provavelmente as alterações na definição e os progressos na deteção precoce e diagnóstico deste grupo de perturbações (Fombonne, 1999, 2003; C. Johnson, Myers, & Council on Children with Disabilities, 2007; Saracino et al., 2010). Os estudos apontavam para uma taxa de 30/10,000, mas estimativas mais recentes sugeriram que as taxas podem aproximar-se mais de 60/10,000 (Chakrabarti & Fombonne, 2005; Fombonne, 2003).

A etiologia das perturbações do espectro do autismo é hoje bastante mais conhecida do que há algumas décadas atrás, mas a sua causa exata continua a ser desconhecida (Volkmar et al., 2004). Embora o papel dos fatores genéticos e bioquímicos seja indiscutível, a sua manifestação pode ser influenciada por fatores ambientais (Bailey,

Phillips, & Rutter, 1996). De qualquer forma, não existe cura para o autismo, mas o seu impacto na vida da criança e da família pode ser largamente minimizado através da intervenção precoce (Chakrabarti & Fombonne, 2005; Johnson et al., 2007; Volkmar et al., 2004), pelo que a deteção e diagnóstico precoces são fundamentais.

### **3.2. Problemas de comportamento**

Os estudos sobre problemas socio-emocionais e de comportamento nos primeiros anos de vida têm utilizado metodologias diversas e sistemas de diagnóstico diferentes, encontrando uma prevalência de problemas que varia entre os 14 e os 26.4%, que é muito semelhante para problemas socio-emocionais e de comportamento (Egger & Angold, 2006). A prevalência de problemas encontrada é equivalente ao encontrado noutras etapas da vida, mas o padrão de perturbações revelou algumas especificidades: taxas mais elevadas de perturbação de ansiedade de separação e de oposição e mais baixas de depressão (Egger & Angold, 2006). Por outro lado, verifica-se uma grande comorbilidade na ocorrência de problemas socio-emocionais e de comportamento durante esta etapa do desenvolvimento (Egger & Angold, 2006).

Os problemas socio-emocionais e de comportamento mais frequentes durante os primeiros anos de vida relacionam-se com a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação de oposição, perturbações de ansiedade e perturbação depressiva. A maior parte da investigação sobre a psicopatologia da criança pequena tem focado os comportamentos disruptivos ou de externalização, nomeadamente os problemas de oposição e de atenção. Os comportamentos disruptivos representam a forma mais frequente de problemas de comportamento nesta fase do desenvolvimento (Tremblay, 2010; Tremblay et al., 2005). A manifestação de comportamentos de externalização em crian-

ças de idade pré-escolar constitui um preditor significativo de problemas de comportamento em fases posteriores (Pierce, Ewing, & Campbell, 1999).

Segundo dados internacionais, o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) parece ser o mais frequentemente atribuído a crianças pequenas atendidas em serviços de saúde mental, mas apenas cerca de 3 a 6% das crianças cumpre os critérios de diagnóstico para esta perturbação (Egger & Angold, 2006; Wilens et al., 2002). Muito embora alguns sintomas de PHDA sejam considerados normativos na criança pequena, os estudos sugerem que os critérios de diagnóstico do DSM serão apropriados para a identificação do problema e distinção de variações normativas nesta etapa do desenvolvimento (Egger & Angold, 2006; Egger, Kondo, & Angold, 2006). Por outro lado, existe alguma evidência de que as manifestações desta perturbação tenderão a manter a sua forma básica ao longo do desenvolvimento (Angold & Egger, 2007).

No que se refere às perturbações de oposição e da conduta, tem havido grande discussão em torno destes diagnósticos em crianças pequenas, nomeadamente pela natureza diferente das manifestações e incapacidade da criança pequena para exibir alguns dos comportamentos que integram os critérios de diagnóstico (Keenan & Wakschlag, 2000). A evidência disponível aponta que os critérios de diagnóstico do DSM-IV identificam grupos de crianças com comportamentos clinicamente significativos e que a maioria dos sintomas pode ser avaliada nesta etapa do desenvolvimento, embora sejam sugeridas algumas adaptações (Keenan & Wakschlag, 2002, 2004; Keenan et al., 2007). A prevalência encontrada para estas perturbações é muito variável, indo de 4 a 16.8% para a perturbação de oposição e de 0 a 4.6% para a perturbação da conduta (Egger & Angold, 2006).

Relativamente aos problemas de internalização, tem havido muito menos investigação, nomeadamente pela dificuldade da criança pequena em comunicar as suas emoções ou pela dificuldade dos adultos para as identificarem como problemáticas. Contudo, alguns trabalhos apontam que os sintomas e perturbações de ansiedade e depressão, tal como definidos no DSM, podem ser identificados em crianças pequenas, embora com algumas especificidades em termos de organização (Kashani, Allan, Beck, Bledsoe, & Reid, 1997; Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001). Na idade pré-escolar, são descritas taxas de cerca de 10% para os problemas emocionais, especificamente de 0-2% para a perturbação depressiva major e de 9.4% para perturbações de ansiedade (Egger & Angold, 2006). De qualquer forma, a falta de evidência sobre a estabilidade temporal dos problemas emocionais da criança pequena mantém em aberto a discussão quanto à validade das categorias de diagnóstico correspondentes (Egger & Angold, 2006).

Independentemente da abordagem de classificação utilizada, existe evidência de que a partir do segundo ano de vida se regista um aumento da estabilidade nos problemas de comportamento. Embora uma percentagem importante de crianças ultrapasse estes problemas, os estudos longitudinais sugerem que 50 a 60% das crianças que mostram comportamentos disruptivos entre os 3 e os 4 anos continuarão a manifestar esses problemas na idade escolar (Campbell, Pierce, Moore, Marakovitz, & Newby, 1996; Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Campbell, 1995; Lavigne et al., 1998; Lavigne, Gibbons, et al., 1999; Pierce et al., 1999; Shaw, Gilliom, Ingoldsby, & Nagin, 2003; Shaw, Keenan, & Vondra, 1994).



## 4. O Caso dos Problemas de Sono

Tradicionalmente, os problemas de sono não têm sido abrangidos nos trabalhos sobre perturbações mentais da criança pequena. Contudo, não só os problemas de sono estão contemplados nas diferentes classificações diagnósticas, como um sono adequado tem sido cada vez mais reconhecido como um pilar da saúde física e mental (Dahl, 1996; Taylor, Lichstein, & Heith, 2003). Aliás, adotando a abordagem holista da saúde pública à saúde mental, o sono infantil constitui um aspeto transversal ao bem-estar da criança e um dos domínios tradicionais de intervenção em Psicologia Pediátrica. Para além disso, algumas iniciativas dirigidas à promoção do desenvolvimento da criança pequena incluem objetivos e estratégias focados na melhoria dos hábitos e padrões de sono (e.g., *Healthy People 2020*, U.S. Department of Health and Human Services, <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=10>). Estes aspetos justificam a abordagem do sono infantil nesta secção.

O sono constitui uma necessidade básica dos indivíduos, assumindo uma importância particular durante os primeiros anos de vida, pelo seu papel no crescimento e desenvolvimento da criança (Stein & Barnes, 2002). Por outro lado, as tarefas associadas ao sono constituem fundamentos importantes para o desenvolvimento da autorregulação (Stein & Barnes, 2002). Ao mesmo tempo, algumas especificidades desta fase de desenvolvimento trazem um conjunto de desafios ao estabelecimento e manutenção de bons hábitos e padrões de sono.

Durante os primeiros anos de vida, a alteração dos ciclos de sono e a diminuição progressiva do sono diurno contribuem para a consolidação do sono noturno. Contudo, aspetos como a ansiedade de separação, os medos noturnos, o aumento da mobilidade e interesse pelo mundo e o desenvolvimento de competências cognitivas e de linguagem podem contribuir para aumentar a dificuldade da criança para sossegar, a resistência ao

deitar e os despertares noturnos (Centre for Community Child Health, 2006a; J. Owens & Witmans, 2004). Na verdade, as dificuldades relacionadas com o sono contam-se entre as preocupações mais frequentes dos pais de crianças pequenas (Arndorfer, Allen, & Aljazireh, 2000; Mindell, 1999; J. Owens & Witmans, 2004).

Durante a primeira infância e idade pré-escolar, os problemas de sono são comuns e universais (Owens, 2004). Embora tradicionalmente se tenha considerado que os problemas de sono ocorriam com maior frequência em bebês (Thunström, 1999; Wake et al., 2006), alguns estudos têm descrito uma prevalência elevada na idade pré-escolar (Anders & Eiben, 1997; Kerr & Jowett, 1994; Petit, Touchette, Tremblay, Boivin, & Montplaisir, 2007). De acordo com estimativas internacionais, 20 a 30% das crianças experienciam um problema de sono em algum momento durante a infância (Owens, 2008).

Os problemas de sono infantis têm um impacto negativo na saúde e bem-estar da criança e da família (Cao & Guilleminault, 2008; Fallone, Owens, & Deane, 2002; Gregory, Van der Ende, Willis, & Verhulst, 2008; Thunström, 1999, 2002; Wake et al., 2006) e parecem persistir em etapas posteriores da vida da criança (Pollock, 1994). Tais problemas têm sido associados a um aumento dos problemas de comportamento (Bates, Viken, Alexander, Beyers, & Stockton, 2002; Fallone et al., 2002; Gregory & Sadeh, 2012; Gregory et al., 2008; Komada et al., 2011), a dificuldades no funcionamento cognitivo e aprendizagem (Touchette et al., 2007) e a maior risco de acidentes e obesidade infantil (Bell & Zimmerman, 2010; Koulouglioti, Cole, & Kitzman, 2008; Touchette et al., 2008). Estes problemas têm também sido associados à ocorrência de perturbações depressivas na mãe e a *stress* parental (Meltzer & Mindell, 2007).

#### 4.1. Classificação dos problemas de sono de natureza comportamental

Os problemas de sono infantis podem ser classificados em três categorias principais: insônia, sonolência diurna excessiva e parassônias. Durante os primeiros anos de vida, os problemas de sono de natureza comportamental mais comuns relacionam-se com a consolidação do sono, assumindo manifestações como dificuldades para adormecer, resistência ao deitar e despertares noturnos (J. Owens & Mindell, 2011). Aproximadamente 20 a 30% das crianças com 1 a 3 anos e 10 a 15% das crianças com 4 a 5 anos apresentam dificuldades significativas para adormecer e despertares noturnos (Kerr & Jowett, 1994; Meltzer & Mindell, 2008; Mindell, Meltzer, Carskadon, & Chervin, 2009; Sadeh, Mindell, Luedtke, & Wiegand, 2009). Nesta secção, iremos abordar apenas estes problemas.

Considerando apenas os problemas de consolidação do sono de natureza comportamental (i.e., dificuldades no início do sono e despertares noturnos), a sua definição na literatura empírica tem sido orientada por diferentes abordagens. Alguns autores utilizam definições *a priori* dos problemas de sono, outros baseiam-se em comparações com amostras normativas, outros baseiam-se na percepção parental do problema (J. Owens & Witmans, 2004; J. Owens, 2008). As tentativas mais recentes para desenvolver uma classificação dos problemas relacionados com a consolidação do sono em crianças pequenas têm recorrido a comportamentos específicos em função do grupo etário. Gaylor, Burnham, Goodlin-Jones e Anders (2005) propuseram uma classificação desenvolvimentista dos problemas de sono das crianças pequenas, distinguindo os critérios de acordo com a idade: menores de 24 meses e maiores de 24 meses (Tabela 1).

**Tabela 1****Classificação das protodissonias extrínsecas na criança pequena (24 meses ou mais)**

Problema	CrITÉRIOS	Severidade
<b>Dificuldade no adormecer</b> (2 ou mais critérios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ &gt; 20 minutos para adormecer</li> <li>■ Adulto presente no quarto para adormecer</li> <li>■ &gt; 1 situação de resistência (e.g., chama, protesta, debate-se)</li> </ul>	<p><b>a) Alteração (<i>Perturbation</i>)</b> (1 episódio por semana durante 1 mês)</p> <p><b>b) Problema (<i>Disturbance</i>)</b> (2-4 episódios por semana durante 1 mês)</p> <p><b>c) Perturbação (<i>Disorder</i>)</b> (5-7 episódios por semana durante 1 mês)</p>
<b>Despertares noturnos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ≥ 1 despertar por noite</li> <li>■ ≥ 20 minutos acordado durante a noite</li> </ul>	

Adaptado de “A longitudinal follow-up study of young children's sleep patterns using a developmental classification system”, por E. Gaylor, M. Burnham, B. Goodlin-Jones e T. Anders, 2005, *Behavioral Sleep Medicine*, 3 (1), p. 47. Copyright 2005, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

De acordo com a Classificação Internacional dos Problemas de Sono (American Academy of Sleep Medicine, 2005), a insónia comportamental pode ser dividida em três subtipos: perturbação de associação do início do sono, perturbação do sono relacionada com o estabelecimento de limites e perturbação do sono de tipo combinado.

A perturbação de associação do início do sono implica que a criança aprende a adormecer apenas com determinadas condições ou associações, como a presença ou envolvimento dos pais, e não desenvolve a capacidade de adormecer sozinha. Esta associação tem também impacto no comportamento da criança durante a noite, na medida em que sempre que acorda solicitará o mesmo tipo de condições para voltar a adormecer. Os critérios de diagnóstico incluem: (1) período de latência do sono prolongado e requerendo determinadas condições; (2) condições de início do sono exigentes; (3) atraso significativo do início do sono na ausência dessas condições; (4) necessidade de intervenção dos pais para voltar a adormecer na sequência de despertares noturnos (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Esta é a forma de perturbação do sono

mais comum durante os primeiros três anos de vida, afetando 10-30% das crianças durante esse período (J. Owens & Mindell, 2011; J. Owens & Witmans, 2004).

A perturbação do sono relacionada com o estabelecimento de limites é caracterizada pela dificuldade em adormecer associada a resistência ao deitar e adiamento, resultando em períodos alargados de latência do sono. A resistência ao deitar manifesta-se por resistência em preparar-se para ir para a cama, ir para a cama ou manter-se na cama, sendo muitas vezes acompanhada de birras e protestos. O adiamento manifesta-se por pedidos repetidos de atividades adicionais (e.g., mais uma história, mais um programa de televisão), atenção (e.g., mais um abraço) ou satisfação de necessidades (e.g., mais um copo de água, mais uma ida à casa de banho). Neste subtipo de insónia comportamental, depois de adormecer a criança tem habitualmente um sono de qualidade normal. Estes problemas estarão associados à tendência normal da criança em testar limites, à dificuldade dos pais em estabelecer regras e rotinas de deitar consistentes e em alguns casos a comportamentos de oposição da criança mais marcados (Meltzer & Mindell, 2008; J. Owens & Witmans, 2004). Os critérios de diagnóstico desta perturbação incluem: (1) dificuldade em iniciar o sono; (2) adiar ou recusar ir para a cama ou dormir; (3) falta de limites por parte dos pais relativos à hora de dormir e comportamentos de sono (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Esta forma de perturbação do início do sono é mais comum na idade pré-escolar (Meltzer & Mindell, 2008; J. Owens & Witmans, 2004).

Independentemente da abordagem utilizada para definir os problemas de sono da infância, é preciso considerar que estes ocorrerão ao longo de um contínuo de severidade e cronicidade, incluindo problemas transitórios e perturbações que cumprem critérios de diagnóstico (J. Owens & Witmans, 2004; J. Owens, 2008). Por outro lado, é essencial reconhecer a perceção dos pais relativa aos comportamentos e padrões de sono da

criança e o impacto dos mesmos na família (Owens, 2008; Owens & Witmans, 2004). Na verdade, mesmo dificuldades normativas, moderadas ou transitórias podem ser percebidas pelos pais como um problema e implicar um impacto significativo no funcionamento familiar. Pelo contrário, problemas de sono clinicamente significativos e diagnosticáveis podem não ser avaliados pelos pais como tendo qualquer impacto na família.

A evidência empírica sobre o reconhecimento de problemas de sono pelos pais tem apontado que a percepção dos pais acerca do sono da criança é influenciada pelos conhecimentos, expectativas, crenças e normas culturais (Sadeh, Mindell, & Rivera, 2011). Por outro lado, o julgamento dos pais acerca do sono da criança tende a ser ligeiramente mais tolerante do que os critérios de diagnóstico de problemas de sono (Thunström, 1999). Os resultados de estudos transculturais mostraram diferenças significativas na prevalência de problemas de sono reconhecidos pelos pais, com pais de países asiáticos a identificar mais problemas do que os pais de países predominantemente caucasianos (Sadeh et al., 2011).

## **4.2. Sono e comportamento parental**

### ***4.2.1. Qualidade do sono e comportamento parental***

Embora os problemas de sono mais habituais, como a resistência ao deitar e os despertares noturnos, resultem da interação entre fatores biológicos, fatores da criança (e.g., temperamento, competências cognitivas) e ambientais (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, & Sadeh, 2006), estes últimos têm recebido particular atenção ao longo dos últimos anos. Entre os fatores ambientais, contam-se aspetos do ambiente físico e fatores familiares (Owens, 2008). Na verdade, um sono desadequado na criança parece estar associado, na maioria das vezes, a fatores ambientais e comportamentais como horários

de deitar e acordar irregulares, consumo de bebidas com cafeína antes de deitar, hábitos de sesta desadequados, envolvimento em atividades muito estimulantes antes de deitar, presença de televisão no quarto e um ambiente de sono desadequado (Mindell et al., 2009).

*4.2.1.1. Modelos explicativos do sono infantil.* Considerando a dependência da criança pequena em relação aos seus cuidadores, os modelos explicativos do sono infantil enfatizam o papel dos fatores parentais, como a psicopatologia, as crenças e particularmente o comportamento parental. De acordo com o modelo transacional proposto por Sadeh, Tikotzky e Scher (2010), o sono da criança é influenciado por fatores intrínsecos da criança e por fatores parentais (i.e., personalidade, psicopatologia, crenças), mediados pelo contexto de interação pais-criança. Este contexto inclui aspetos mais distais da interação, como a vinculação ou os estilos parentais, e aspetos mais específicos da interação relacionada com o sono, como o envolvimento parental. A ligação entre os comportamentos parentais relacionados com o sono e os resultados de sono da criança constitui a associação mais direta.

Da mesma forma, o modelo integrado revisto por Touchette, Petit, Tremblay e Montplaisir (2009) sugere que comportamentos parentais relacionados com o sono (como a presença dos pais até a criança adormecer ou o conforto ativo) constituem os principais determinantes das dissónias infantis. Por sua vez, os comportamentos dos pais são influenciados por características pessoais, como traços de personalidade, e por características da criança, como o temperamento. A um nível mais alargado é considerada a influência da estrutura familiar, ambiente e cultura.

*4.2.1.2. Comportamentos parentais relacionados com o sono.* Do ponto de vista empírico, tem sido explorado o papel de comportamentos parentais proximais (i.e., comportamentos parentais relacionados com o sono, como o envolvimento no momento de adormecer ou a utilização de estratégias de conforto ativo) e distais (i.e., estilos parentais educativos, vinculação, disponibilidade emocional).

O papel de comportamentos parentais específicos para o desenvolvimento de padrões, hábitos e problemas de sono tem sido repetidamente demonstrado (Sadeh et al., 2010). O envolvimento dos pais no momento de adormecer e na sequência de um despertar noturno (e.g., presença no quarto da criança, deitar-se com a criança) tem sido consistentemente associado a piores resultados, incluindo má consolidação do sono (Touchette et al., 2005), duração reduzida do sono noturno (Sadeh et al., 2009; Simard, Nielsen, Tremblay, Boivin, & Montplaisir, 2008), longos períodos de latência para adormecer (Simard et al., 2008) e despertares noturnos (Adair, Bauchner, Philipp, Levenson, & Zuckerman, 1991; Mindell, Sadeh, Kohyama, & How, 2010; Sadeh et al., 2009). Alguns autores sugeriram que o envolvimento dos pais reduz a probabilidade de a criança desenvolver competências para sossegar sozinha (Simard et al., 2008).

Por seu turno, melhores resultados têm sido associados com a utilização de rotinas de deitar consistentes (Mindell, Sadeh, Kohyama, & How, 2010) e com comportamentos parentais que promovem a autonomia da criança para adormecer, como adormecer sozinha, colocar a criança na cama acordada ou deixar a criança a chorar (Mindell et al., 2010; Morrell & Cortina-Borja, 2002). Alguns trabalhos sugerem que o mais importante será garantir um equilíbrio entre os diferentes comportamentos parentais relacionados com o sono. Por exemplo, nos resultados de Morrell e Cortina-Borja (2002), os pais de um subgrupo de crianças sem problemas de sono utilizava estratégias de conforto ativo (e.g., embalar, pegar ao colo, dar comida, levar para a cama dos pais), mas isso



parecia ser compensado pela utilização concomitante de estratégias de encorajamento da autonomia.

O papel dos comportamentos parentais relacionados com o sono tem sido também evidenciado pelo impacto positivo das intervenções dirigidas ao sono da criança pequena (Galland & Mitchell, 2010). Tipicamente, estas intervenções procuram alterar os conhecimentos e comportamentos dos pais, no sentido de reduzirem o seu envolvimento durante o início do sono, encorajarem a autonomia da criança e modificarem o contexto de sono da criança (Mindell et al., 2006; Morgenthaler et al., 2006; Owens, France, & Wiggs, 1999; Sadeh, 2005).

*4.2.1.3. Relação pais-criança e sono.* Relativamente ao papel de comportamentos parentais distais, vários trabalhos têm apoiado a associação entre variáveis da relação pais-criança e resultados de sono da criança. Nomeadamente, piores indicadores de sono da criança foram associados a um estilo parental educativo negligente (Owens-Stively et al., 1997), a menor sensibilidade e maior hostilidade/conflito da mãe (Bell & Belsky, 2008) e maior hostilidade do pai (Rhoades et al., 2012). Por seu turno, melhores resultados de sono foram associados à qualidade da interação pais-criança (Bordeleau, Bernier, & Carrier, 2012), ao afeto parental e ao estabelecimento de regras firmes (Adam, Snell, & Pendry, 2007), a maior encorajamento parental da maturidade da criança (Spilsbury et al., 2005) e a maior disponibilidade emocional da mãe (Teti, Kim, Mayer, & Countermine, 2010).

Contudo, os dados empíricos relativos aos comportamentos parentais mais globais revelaram também algumas inconsistências. A sensibilidade da mãe durante o envolvimento em atividades partilhadas não revelou associações com o sono da criança, mas o nível de envolvimento da criança durante a brincadeira associava-se com um

maior número de despertares noturnos (Scher, 2001). Bates e colaboradores (2002) não encontraram associação entre o afeto, monitorização e utilização de estratégias indutivas pelos pais e os indicadores de sono da criança. É importante considerar que os estudos mencionados têm utilizado metodologias, instrumentos e amostras com características diferentes (i.e., amostras clínicas versus comunitárias, crianças de diferentes grupos etários).

*4.2.1.4. Processos explicativos.* Os processos subjacentes à associação entre o sono e o comportamento parental não são claros (Sadeh et al., 2010). Alguns dos processos propostos refletem características da criança, como o temperamento, sugerindo que crianças com temperamentos mais difíceis tenderão a desencadear por parte dos pais comportamentos de maior envolvimento no momento de adormecer (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Outros apontam para fatores parentais, como funcionamento familiar, ajustamento emocional, características de personalidade, crenças ou estilos parentais educativos (Adam et al., 2007; B. Bell & Belsky, 2008; Johnson & McMahon, 2008; Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh, Flint-Ofir, Tirosh, & Tikotzky, 2007). O racional subjacente é que esse tipo de fatores influenciará a capacidade dos pais para estabelecerem limites e encorajarem a autonomia da criança no momento de dormir e na sequência de despertares noturnos.

Os trabalhos relativos às crenças parentais sobre o sono têm trazido algum suporte a esta proposta, na medida em que verificaram que crenças parentais associadas a dúvida sobre a competência parental, hostilidade face aos pedidos da criança e dificuldades em estabelecer limites se associavam a maior envolvimento parental no adormecer e, por sua vez, a mais problemas de sono (Johnson & McMahon, 2008; Morrell & Cortina-Borja, 2002; Morrell, 1999; Sadeh et al., 2007). Desta forma, foi sugerido que a

associação entre o comportamento parental e o sono infantil refletiria aspectos mais globais do papel parental na regulação do comportamento da criança, nomeadamente a dificuldades dos pais para estabelecerem limites (Morrell, 1999; Sadeh et al., 2007). Contudo, os estudos não têm controlado simultaneamente os efeitos de comportamentos mais distais (i.e., dimensões e práticas da relação pais-criança) e de comportamentos mais proximais (i.e., comportamentos parentais relacionados com o sono) nos indicadores de sono da criança.

Algumas avaliações de intervenções dirigidas ao sono infantil têm encontrado melhorias não só no sono da criança, mas também na interação mãe-criança e no comportamento diurno da criança (Minde, Faucon, & Falkner, 1994). Este resultado tem sido interpretado como uma manifestação de que a melhor gestão dos problemas de sono poderá generalizar-se a outros domínios do comportamento da criança, apoiando a proposta de que a relação entre o comportamento parental e os problemas de sono terá subjacentes aspectos mais globais relacionados com o papel parental na regulação do comportamento da criança (Stein & Barnes, 2002).

#### ***4.2.2. Qualidade do sono, psicopatologia e comportamento parental***

Os estudos relacionados com a associação entre problemas de sono e psicopatologia também têm explorado o papel do comportamento parental. Nomeadamente, considerando que tanto os problemas de comportamento como os problemas de sono têm sido associados ao comportamento parental, tem sido discutida a possibilidade de o comportamento parental explicar parte da associação entre problemas de sono e problemas de comportamento (Bates et al., 2002; Coulombe, Reid, Boyle, & Racine, 2010; Gregory & Sadeh, 2012; Reid, Hong, & Wade, 2009). Contudo, não estão disponíveis muitos trabalhos que tenham controlado o efeito do comportamento parental ao estudar

a associação entre problemas de sono e problemas de comportamento. Assim, a forma como o comportamento parental pode contribuir para esta associação está pouco esclarecida.

Bates e colaboradores (2002) controlaram o efeito do afeto, monitorização e utilização de estratégias indutivas. A associação entre os comportamentos parentais e as variáveis relacionadas com o sono da criança não foi significativa, mas as associações entre comportamentos parentais e ajustamento e entre qualidade do sono e ajustamento mostraram efeitos significativos. Os autores concluíram que os dados confirmavam a associação entre problemas de sono e ajustamento mesmo depois de controladas variáveis do funcionamento familiar e comportamento parental e sugeriram que essa associação será explicada por défices na auto-regulação da criança (Bates et al., 2002). A falta de associação entre o comportamento parental e o sono não foi clarificada e não permitiu avaliar possíveis efeitos de confundimento.

Reid e colaboradores (2009) exploraram a contribuição dos problemas de sono para os problemas emocionais e de comportamento da criança, controlando o efeito de características da criança, fatores sociodemográficos, funcionamento parental e familiar e comportamento parental, incluindo práticas inefetivas, hostis, aversivas e punitivas. Depois de controlados os efeitos dos diferentes fatores de risco, os problemas de sono explicavam uma pequena percentagem da variância dos problemas de internalização e de externalização, constituindo um preditor mais forte para os problemas de internalização. Os problemas de sono estavam tão associados com os problemas de comportamento como outros fatores de risco, incluindo o comportamento parental, sendo a associação entre problemas de sono e problemas de comportamento independente da associação com esses outros fatores de risco. O comportamento parental negativo revelou associações fracas com os problemas de sono e de internalização e moderadas com os pro-

blemas de externalização. Os autores apontaram a necessidade de explorar variáveis com uma influência mais proximal no sono da criança, como os comportamentos parentais relacionados com o sono, na medida em que estes poderão contribuir para compreender porque e como é que os diferentes fatores de risco operam (G. J. Reid et al., 2009).

Coulombe e colaboradores (2010) exploraram também a associação entre problemas de sono e psicopatologia, controlando o efeito de uma série de fatores de risco comuns, entre os quais o afeto negativo. A associação entre problemas de sono e psicopatologia manteve-se mesmo depois de controlar os efeitos de fatores de risco partilhados, mas a variância explicada pelos problemas de sono era pequena (0-3%). O afeto negativo apenas revelou um efeito significativo no modelo relativo a problemas de internalização. Os autores sugeriram que a associação entre problemas de sono e psicopatologia será provavelmente explicada pelo impacto do sono na capacidade de regulação da criança e não pelo efeito de variáveis de confundimento (Coulombe et al., 2010).

## **5. Apoiar o Desenvolvimento e Adaptação na Infância**

Apesar da elevada prevalência dos problemas de desenvolvimento e comportamento em crianças pequenas, apenas uma pequena percentagem dessas crianças é identificada e encaminhada para intervenção (Lavigne et al., 1998). Dados internacionais apontam que apenas 30% dos problemas de desenvolvimento são detetados antes do início da escolaridade e que menos de 50% dos problemas emocionais e do comportamento são identificados (Glascoe & Shapiro, 1999). Por outro lado, apenas uma parte das crianças identificadas recebe intervenção atempada e apropriada. Muitos fatores têm sido apontados para esta discrepância, passando por constrangimentos relacionados com o tempo e as abordagens de deteção precoce, resistência na identificação de perturba-

ções mentais em crianças pequenas e dificuldades no acesso a serviços de diagnóstico e intervenção (Drotar, 2002).

Seguindo uma abordagem de saúde pública, a alteração das trajetórias de desenvolvimento das crianças pequenas e consequente alteração das taxas de prevalência das perturbações implica considerar a população geral e não apenas as crianças com problemas de desenvolvimento e comportamento (Offord et al., 1998). Isto implica uma mudança de paradigma, passando de uma lógica clínica e individual para uma lógica preventiva e mais abrangente (Costello & Angold, 2000). Nesse sentido, a identificação adequada das necessidades das famílias e a disponibilização alargada de intervenções baseadas na evidência constituem uma aposta essencial (Taylor & Biglan, 1998).

# CAPÍTULO II

## **Deteção Precoce de Problemas de Desenvolvimento e Comportamento**

### **1. Deteção Precoce: Racional**

A deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento tem como objetivo a identificação das crianças com necessidades de intervenção, num período em que essa intervenção pode proporcionar à criança e à família o máximo benefício (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002). Durante os primeiros anos de vida, vários aspetos contribuem para a importância de detetar as dificuldades o mais cedo possível. Nomeadamente, a plasticidade neural é muito elevada e significativamente influenciada pelas atividades e experiências da criança (Shonkoff & Phillips, 2000).

Embora os dados internacionais apontem que cerca de 20% das crianças pequenas apresentam problemas significativos numa ou mais áreas do seu desenvolvimento, apenas cerca de 30% dessas crianças são identificadas antes do início da escolaridade

formal (Glascoe & Shapiro, 1999). Na maior parte das vezes, apenas dificuldades severas e aparentes clinicamente serão identificadas (Regalado & Halfon, 2001).

Existem diversas barreiras à detecção atempada das dificuldades das crianças. A natureza dos problemas de desenvolvimento dificulta esta identificação, na medida em que muitas dificuldades têm manifestações subtis e difíceis de distinguir das variações habituais do desenvolvimento normal (Glascoe, 2002). O mesmo acontece com os problemas de comportamento, em que as grandes variações normativas individuais dificultam a decisão e o consenso quanto ao tipo de comportamentos que devem ser considerados clinicamente significativos (Carter et al., 2004; Egger & Angold, 2006).

Por outro lado, as abordagens utilizadas para a detecção precoce limitam também os resultados alcançados. Na maioria das situações, é utilizada uma avaliação de sintomas sugestivos de um problema de desenvolvimento ou comportamento, que só será possível quando os sinais se tornam francamente evidentes. Noutras, utilizam-se instrumentos informais, sem critérios validados para distinguir crianças em risco. Desta forma, a detecção dos problemas tende a estar muito dependente do juízo clínico, que está sujeito a um conjunto de enviesamentos que conduzem à subdetecção (Glascoe & Dworkin, 1993, 1995). A utilização de instrumentos validados é feita de forma ocasional ou não sistemática (Minkovitz, Mathew, & Strobino, 1998; Sand et al., 2005) e a sua seleção nem sempre leva em conta os critérios de sensibilidade e especificidade adequados. Para além disso, muitos dos instrumentos tradicionalmente utilizados (e.g., *Denver II*; *Schedule of Growing Skills*) consomem muito tempo, reforçando a ideia de que a detecção precoce com instrumentos validados não está ao alcance dos contextos de vigilância de saúde infantil e respetivos constrangimentos de tempo e formação (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002).



Um terceiro conjunto de barreiras prende-se com a utilização dos resultados dos processos de deteção precoce. Um desses problemas é a adoção de uma abordagem do tipo “esperar para ver” face à presença de fatores de risco ou de um resultado positivo num instrumento de deteção, atrasando o diagnóstico (Glascoe, 2002). Outro problema prende-se com a abordagem do tipo sucesso/insucesso de muitos dos instrumentos utilizados, que pode levar à desvalorização das dificuldades e necessidades de crianças com resultados nos limites inferiores (Glascoe, 2001).

Finalmente, é importante considerar o papel dos próprios intervenientes no processo. O contexto de excelência para a deteção precoce é a vigilância de saúde infantil, à qual as famílias aderem de forma variável. Por outro lado, alguns pais evidenciam relutância em partilhar informação com os profissionais dessas consultas. Finalmente, as crianças cooperam de forma variável com tarefas de avaliação direta (Glascoe, 2002).

## 2. Detecção Precoce: Abordagens

A deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento tem sido realizada com recurso a diversas técnicas, incluindo a observação, a revisão de marcos do desenvolvimento (*developmental milestones*), a utilização de listas informais de marcos do desenvolvimento, a aplicação de tarefas selecionadas de instrumentos de avaliação e a aplicação de instrumentos standardizados (Centre for Community Child Health & Royal Children’s Hospital Melbourne, 2002).

As recomendações nacionais e internacionais para a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento têm seguido duas abordagens: a vigilância do desenvolvimento e comportamento e o rastreio.

A **vigilância do desenvolvimento e comportamento** foi descrita como “(...) um processo flexível e contínuo, através do qual profissionais informados realizam

observações das crianças durante a disponibilização de cuidados de saúde. As componentes da vigilância incluem averiguar e responder às preocupações parentais, obter uma história de desenvolvimento relevante, fazer observações precisas e informativas da criança e partilhar opiniões e preocupações com outros profissionais relevantes.” (Dworkin, 1993, p. 533).

A efetividade da vigilância do desenvolvimento e comportamento para a deteção precoce de dificuldades não tem sido estudada como um todo, apenas algumas das suas componentes. Nomeadamente, a investigação tem mostrado que a obtenção de informação disponibilizada pelos pais aumenta a precisão dos juízos formados, particularmente quando se trata de alguns tipos de preocupações parentais (Dulcan et al., 1990; Glascoe & Dworkin, 1995). Por outro lado, a forma como o profissional de saúde recolhe informação dos pais influencia a precisão do juízo daí derivado (Glascoe, 1997). No que se refere à utilização das preocupações parentais, vários trabalhos sugeriram que a utilização de abordagens estruturadas e sistemáticas para recolher e responder às preocupações parentais melhora a comunicação durante as visitas e constitui uma forma válida e precisa de detetar problemas de desenvolvimento (Glascoe, MacLean, & Stone, 1991; Horwitz, Leaf, Leventhal, & Deangelis, 1998; Regalado & Halfon, 2001; Wildman, Kizilbash, & Smucker, 1999).

Outra alternativa para a deteção precoce é o **rastreio**. Rastreio é o processo pelo qual doenças ou alterações não conhecidas do estado de saúde são identificadas por testes que podem ser aplicados rapidamente e em larga escala, no sentido de identificar indivíduos aparentemente saudáveis e indivíduos que podem ter uma doença ou perturbação (Beaglehole, Bonita, & Kjellstrom, 2003). O rastreio não tem geralmente um valor diagnóstico e requer avaliação ulterior, diagnóstico e tratamento adequado (Beaglehole, Bonita, Kjellström, 1993).

No caso do desenvolvimento e comportamento, o instrumento de rastreio testa a presença de traços ou fatores de risco preditivos de problemas de desenvolvimento e comportamento, dirigindo-se particularmente à identificação de crianças em risco ou com problemas subtis ou menos severos e não tanto à identificação de perturbações severas (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002; Dworkin, 1993). Numa lógica preventiva, o rastreio pode dirigir-se à identificação da exposição a riscos, à presença de sinais precoces de um problema ou à presença de indicadores da presença do problema (O'Connell et al., 2009). Desta forma, o rastreio permitirá eleger intervenções para prevenção, tratamento ou remediação.

A introdução de um programa de rastreio deve obedecer a um conjunto de critérios, que se referem às características da doença, do tratamento e do teste de rastreio (Beaglehole et al., 2003). Ao aplicar esses critérios ao caso do desenvolvimento e comportamento (Tabela 2), tem sido apontado que a evidência disponível é insuficiente para fazer recomendações a favor ou contra a introdução de programas de rastreio (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002; Hall & Elliman, 2006; O'Connell et al., 2009). Contudo, é importante salientar que esses critérios foram desenvolvidos sob a perspetiva da deteção precoce de doenças, com o objetivo de disponibilizar tratamento antes de a doença se tornar sintomática, e não no contexto da prevenção em saúde mental (O'Connell et al., 2009).

**Tabela 2****Critérios para a introdução de programas de rastreio**

<b>Critérios</b>	<b>Problemas de Desenvolvimento e Comportamento</b>
<b>Problema de saúde</b>	
Grave	✓
Alta prevalência	✓
História natural conhecida	✗ <sup>a</sup>
Longo período entre os primeiros sinais e a doença estabelecida	✓
<b>Instrumento de rastreio</b>	
Sensível e específico	✓ <sup>b</sup>
Simple, rápido, fácil de interpretar e barato	✓ <sup>b</sup>
Seguro e aceite	✓ <sup>b</sup>
Fiável e válido	✓ <sup>b</sup>
<b>Diagnóstico e tratamento</b>	
Existência de instalações e de meios suficientes	✗
Existência de um tratamento efetivo, aceitável e seguro	✗/✓ <sup>c</sup>

*Nota.* Adaptado de: “Epidemiologia básica”, por R. Beaglehole, R. Bonita e T. Kjellstrom, 2003; “Child health screening and surveillance: a critical review of the evidence” por Centre for Community Child Health e Royal Children’s Hospital Melbourne, 2002; “Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities”, por M. O’Connell, T. Boat e K. Warner, 2009.

<sup>a</sup>Embora a história natural dos problemas não seja completamente conhecida, O’Connell, Boat e Warner (2009) sugeriram que este critério fosse adaptado e considerasse a extensa literatura sobre fatores de risco e relação temporal entre indicadores precoces e diagnósticos posteriores.

<sup>b</sup>Depende do instrumento, mas existem instrumentos que cumprem todos estes requisitos.

<sup>c</sup>Existe evidência de que a deteção e intervenção precoces melhoram os resultados das crianças e famílias, reduzindo os fatores de risco, aumentando os fatores de proteção e diminuindo o impacto das dificuldades, mas a efetividade das intervenções é muito variável e não existem tratamentos específicos universalmente aceites.

Apesar de os problemas de desenvolvimento e comportamento não cumprirem de forma estrita todos os critérios para a introdução de um programa de rastreio, a utilização de instrumentos de rastreio standardizados e validados tem sido sugerida como uma estratégia para melhorar a vigilância (Dworkin, 1993). A sua utilização sistemática mostrou melhorar as taxas de deteção de problemas de desenvolvimento e comportamento e reduzir a idade em que a criança começa a beneficiar de programas de inter-

venção precoce (Earls & Hay, 2006; Hix-Small, Marks, Squires, & Nickel, 2007; Pinto-Martin, Dunkle, Earls, Fliedner, & Landes, 2005; Rydz et al., 2006; Schonwald, Huntington, Chan, Risko, & Bridgemohan, 2009). Desta forma, várias organizações e autores recomendam a utilização sistemática de instrumentos de rastreio do desenvolvimento e comportamento (Carter et al., 2004; Committee on Children with Disabilities, 2001; Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006; Regalado & Halfon, 2001).

A utilização de instrumentos de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento tem sido também recomendada como forma de melhorar a abordagem às famílias. Alguns autores salientaram que uma recolha mais sistemática das capacidades e dificuldades da criança permite ajustar as expectativas parentais quanto ao desenvolvimento e comportamento da criança (Earls & Hay, 2006). Por outro lado, a informação recolhida permite adaptar o aconselhamento às necessidades das famílias, tornando-o mais eficaz (Glascoe, Oberklaid, Dworkin, & Trimm, 1998; L. Sices et al., 2008). Aliás, os pais classificam a abordagem do profissional de saúde como mais centrada na família quando ocorre uma avaliação estruturada do desenvolvimento e comportamento (Halfon et al., 2004).

### **3. Seleção de Instrumentos de Rastreio**

A seleção de um instrumento de rastreio para a deteção de problemas de desenvolvimento e comportamento deve levar em consideração um conjunto de cuidados. Um primeiro conjunto de cuidados diz respeito ao próprio propósito do rastreio. Existem instrumentos de rastreio globais e específicos. Os instrumentos globais contemplam os diversos domínios do desenvolvimento da criança (i.e., linguagem e comunicação, motricidade, competências sociais/emocionais, comportamento adaptativo). Os instru-

mentos específicos dirigem-se à identificação de dificuldades num domínio específico (e.g., linguagem) ou de problemas de desenvolvimento específicos (e.g., risco de autismo). Neste âmbito, tem sido recomendada a utilização sistemática de instrumentos de rastreio global e a utilização pontual (i.e., em momentos específicos ou face à identificação de sinais de risco) de instrumentos específicos (Council on Children with Disabilities et al., 2006; L. Sices, 2007; Squires & Nickel, 2003).

No momento da seleção, devem também ser tomados em conta critérios relacionados com as condições para a administração: tempo para administração e cotação, formação requerida para a utilização, equipamentos ou materiais adicionais necessários, custo do instrumento e forma de administração (Bergman, 2004). A este nível, existem instrumentos de rastreio com características muito diversas, que permitem corresponder de forma diferenciada às necessidades dos diferentes utilizadores. Destacamos aqui os aspetos relacionados com o formato de aplicação.

Existem instrumentos que são aplicados diretamente pelo técnico à criança (e.g., *Brigance Screens-II*; *Denver II*; *Schedule of Growing Skills*) e instrumentos que se baseiam em informação fornecida pelos pais (Tabela 3). A utilização destes últimos tem sido recomendada por apresentar uma série de vantagens importantes: eliminam a necessidade de cooperação da criança com o técnico; permitem considerar competências novas, que as crianças manifestam de forma mais variável e inconsistente em contextos não familiares; permitem focar as consultas nas necessidades e preocupações trazidas pelos pais; têm propriedades psicométricas semelhantes às de instrumentos diretamente administrados pelo técnico (Glascoe, 2002; Regalado & Halfon, 2001).

**Tabela 3****Instrumentos de rastreio global baseados em informação fornecida pelos pais**

<b>Instrumento</b>	<b>Descrição</b>
<i>Ages &amp; Stages Questionnaire</i> – ASQ (Bricker & Squires, 1999)	Avalia o desenvolvimento da criança dos 0 aos 5 anos nos domínios comunicação, motricidade grossa, motricidade fina, resolução de problemas, pessoal-social. É composto por 10-15 itens para cada grupo etário e demora cerca de 10-15 minutos a preencher. Foi desenvolvido para integrar programas de vigilância de saúde e apresenta boas taxas de sensibilidade (70-90%) e especificidade (76-91%).
<i>Child Development Inventory</i> (Ireton, 1992)	Avalia o desenvolvimento da criança dos 15 meses aos 6 anos nos domínios social, autonomia, motricidade, linguagem e académico. É composto por 270 itens. Para cada grupo etário inclui 12 a 74 itens e demora cerca de 30-50 minutos a preencher. Apresenta boas taxas de sensibilidade (75%) e especificidade (70%).
<i>Parents' Evaluation of Developmental Status</i> – PEDS (Glascoe, 2002)	Avalia as preocupações dos pais de crianças dos 0 aos 8 anos nos domínios cognitivo, linguagem, motricidade, comportamento, socioemocional, autonomia e académico. É composto por 10 questões e demora cerca de dois a cinco minutos a preencher. Apresenta boas taxas de sensibilidade (74-79%) e especificidade (70-80%).
<i>PEDS: Developmental Milestones</i> – PEDS:DM (Glascoe & Robertshaw, 2008)	Avalia o desenvolvimento da criança dos 0 aos 8 anos nos domínios motricidade, linguagem, autonomia, sócio-emocional e, nas crianças mais velhas, leitura e matemática. É composto por 6 a 8 itens para cada grupo etário e demora cerca de 3 a 5 minutos a preencher. Apresenta bons níveis de sensibilidade e especificidade (70-93%).

*Nota.* Adaptado de “Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening” por Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006.

Finalmente, a seleção de um instrumento de rastreio deve considerar as suas propriedades psicométricas (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006). O instrumento deve produzir resultados consistentes e deve apresentar evidências de vali-

dade face a outros instrumentos de avaliação mais detalhada. Por outro lado, os instrumentos de rastreio do desenvolvimento e comportamento devem ter níveis de sensibilidade e especificidade entre os 70 e 80%. Os níveis de sensibilidade e especificidade aceites para os instrumentos de rastreio do desenvolvimento são inferiores aos habitualmente aceites para outros instrumentos de rastreio devido aos desafios inerentes à avaliação do desenvolvimento infantil e ao facto de os falsos positivos tenderem a corresponder a crianças nos limites inferiores da normalidade (Glascoe, 2001).

## **4. Utilização de Instrumentos de Rastreio**

### **4.1. Recomendações gerais**

Como referido acima, apesar da existência de instrumentos de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento adequados e das evidências do seu impacto positivo nas taxas de deteção precoce e no aconselhamento disponibilizado às famílias, os dados internacionais apontam que a sua utilização está longe de ser universal (Minkovitz et al., 1998; Sand et al., 2005). Por outro lado, é importante considerar que o seu impacto positivo depende também da forma como são utilizados. Para além de ser essencial garantir que o instrumento é utilizado na sua forma original e de acordo com as instruções de administração e cotação, têm sido feitas algumas recomendações de natureza clínica.

A maior parte das recomendações apoia a utilização de abordagens multiníveis, partindo de instrumentos mais gerais e breves para instrumentos mais específicos e detalhados à medida que o risco é identificado e caracterizado (Carter et al., 2004).

A Academia Americana de Pediatria salientou o risco de se adotar um modelo de rastreio baseado na patologia e não nas necessidades mais globais das famílias (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and



Family Health, 1993). De acordo com este argumento, melhorar o bem-estar das crianças e famílias exige uma abordagem ao rastreio que considere as variações normais do desenvolvimento e comportamento, de forma a ajudar os pais a lidar com essas variações (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001). Isto implica organizar processos de rastreio que permitam alguma diferenciação nos resultados das crianças e não apenas um resultado do tipo passa/falha. Esta preocupação é aliás consistente com a necessidade de orientar o rastreio para a prevenção, em todos os níveis, e não apenas para a disponibilização de intervenções aos indivíduos com condições subclínicas ou perturbações diagnosticáveis (O'Connell et al., 2009). Esta focalização nas necessidades mais globais das famílias fica também patente em instrumentos de apoio à vigilância e deteção, como é o caso do *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent Version* (Wolraich, Felice, & Drotar, 1996).

Outros autores chamaram a atenção para a necessidade de ter alguns cuidados para que a utilização de instrumentos estruturados não interfira com a relação entre os profissionais e a família nem com a utilização das competências de observação clínica do profissional (Regalado & Halfon, 2001). Estes autores recomendam assim que a utilização de instrumentos estruturados seja integrada no contexto da entrevista clínica, assente em competências de comunicação básicas e na observação clínica. Por outro lado, salientam a necessidade de interpretar de forma rigorosa e utilizar de forma útil a informação disponibilizada pelos instrumentos.

## **4.2. Orientações clínicas para a detecção precoce**

### ***4.2.1. American Academy of Pediatrics Policy Statement***

Em 2006, a Academia Americana de Pediatria (AAP) publicou um conjunto de recomendações para a abordagem do desenvolvimento na vigilância de saúde infantil (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006). No documento publicado, é proposta a conjugação da vigilância do desenvolvimento com a utilização de instrumentos estandardizados de rastreio de problemas de desenvolvimento.

O algoritmo proposto assenta na vigilância sistemática do desenvolvimento e atribui um papel de destaque às preocupações dos pais com o desenvolvimento, recomendando que as mesmas sejam abordadas em todas as visitas de vigilância de saúde infantil até aos 5 anos. Adicionalmente, devem ser administrados instrumentos estandardizados de rastreio global do desenvolvimento em momentos específicos (i.e., 9, 18 e 24/30 meses) e sempre que a vigilância demonstrar risco.

Alguns autores chamaram a atenção para a necessidade de contemplar a utilização de instrumento de rastreio validados para além da visita dos 30 meses, como proposto no algoritmo da AAP, atendendo ao facto de que alguns problemas serão difíceis de detetar em idades mais precoces (Glascoe & Squires, 2007). Assim, recomendam que os mesmos devem ser administrados em todas as visitas anuais de vigilância e não apenas durante os primeiros 3 anos de vida.

Por outro lado, foi também reconhecido que as especificidades dos problemas emocionais e de comportamento implicam uma abordagem própria (Squires & Nickel, 2003). Squires e Nickel (2003) recomendaram que a aplicação regular de um instrumento de rastreio do desenvolvimento global fosse complementada por um instrumento de rastreio de problemas emocionais e do comportamento sempre que os pais expressassem

preocupações nesse domínio, que o instrumento de rastreio global apontasse risco sócio-emocional ou que o profissional de saúde tivesse preocupações relativas ao comportamento da criança ou à interação pais-criança.

#### ***4.2.2. American Academy of Pediatrics Algorithms for Mental Health***

As especificidades dos problemas emocionais e de comportamento foram reconhecidas no *Policy Statement* de 2006, ao anunciar a preparação de recomendações separadas para o rastreio dos problemas emocionais e do comportamento. Estas recomendações seriam publicadas em 2010, num número especial da revista *Pediatrics*. Os documentos publicados incluem dois algoritmos: o algoritmo A dirige-se à promoção da saúde socio-emocional e à identificação e resposta a preocupações com a saúde mental; o algoritmo B dirige-se à prestação de cuidados a crianças com as quais haja preocupações de saúde mental identificadas (J. Foy, 2010). Nesta secção, abordaremos apenas as etapas do algoritmo A dirigidas à deteção precoce.

O algoritmo para a saúde mental não é tão diretivo quanto o proposto para os problemas de desenvolvimento. Continua a ser dada ênfase às preocupações parentais, recomendando a abordagem de preocupações com a saúde mental em qualquer visita de saúde infantil programada ou de doença aguda. Adicionalmente, é mencionada a possibilidade de recolher informação através da utilização de questionários estruturados, mas não são feitas recomendações específicas quanto aos critérios para a sua utilização. A única metodologia destacada é a avaliação clínica, detalhando os elementos a recolher: capacidades da criança e da família, bem-estar da criança e da família, sintomas específicos, funcionamento da criança e da família, fatores de risco, interação pais-criança (J. Foy, 2010). No caso das crianças com menos de 5 anos de idade, a *Task Force on Mental Health* desenvolveu ainda algumas orientações específicas, incluindo alternativas

para o rastreio, sinais de alarme e procedimentos de avaliação adicional (Task Force on Mental Health, 2010).

#### ***4.2.3. Orientações clínicas portuguesas***

Em Portugal, as orientações para a vigilância de saúde infantil incluem também recomendações para a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento. No Programa-Tipo, a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento estava entre os objetivos dos exames de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2005). Nesse sentido, era enfatizada a necessidade de recolher as preocupações parentais em todas as consultas e apontados indicadores de desenvolvimento a avaliar nas diferentes idades-chave dos exames de saúde. Não existia contudo qualquer referência à forma de avaliar esses indicadores.

Na revisão do Programa-Tipo, que originou o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, é dada uma ênfase renovada à deteção precoce de problemas de desenvolvimento (Direcção-Geral da Saúde, 2013). O valor dos instrumentos de rastreio é salientado e a necessidade de abordar sistematicamente as preocupações dos pais e o desenvolvimento da criança é reforçada. Contudo, o programa recomenda uma abordagem baseada no juízo clínico e o recurso a instrumentos não estandardizados, como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, que consiste numa lista não validada de marcos de desenvolvimento e sinais de alarme. De forma contraditória, é recomendada a utilização pontual de um instrumento de rastreio específico para as perturbações do espectro do autismo (i.e., *Modified Checklist for Autism in Toddlers* – M-CHAT). Portanto, embora o programa apresente argumentos consistentes com as recomendações da literatura internacional, as suas orientações ficam bem aquém

dos requisitos mínimos apontados para a melhoria das taxas de detecção precoce de problemas de desenvolvimento.

No que se refere aos problemas emocionais e de comportamento, as orientações disponíveis para a prática da saúde mental infantil em cuidados de saúde primários incluem recomendações para a avaliação, triagem e referenciação (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2010). Neste âmbito, o documento remete para uma grelha de avaliação diagnóstica orientadora do processo de recolha de informação, recorrendo à entrevista clínica, observação do estado mental da criança e observação da interação pais-criança. As dimensões a avaliar são detalhadas, mas não a forma nem os critérios de avaliação. São ainda listados alguns indicadores de apoio à distinção entre sinais normais e patológicos e sinais de alerta. De forma global, o documento parece descrever mais a avaliação adicional a realizar no caso de serem identificados indicadores de preocupação do que propriamente as medidas a adotar para melhorar a detecção precoce desses problemas. Por outro lado, tendo em conta o âmbito global de atuação dos cuidados de saúde primários, o documento parece carecer de especificidade nas orientações que inclui, ficando a implementação das recomendações muito dependente da experiência e juízo clínico de cada profissional.

#### **4.3. Contextos de implementação do rastreio**

Como se depreende facilmente pela literatura e orientações clínicas citadas acima, o contexto mais tradicionalmente associado ao rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento é o da saúde. Os cuidados de saúde primários, e particularmente a vigilância de saúde infantil, há muito que incluem propósitos de detecção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento entre as suas atribuições. O seu contacto regular com as famílias e a sua tradição de vigilância e rastreio associada a

outros domínios da saúde infantil constituem argumentos importantes para a centralidade do seu papel neste domínio. Não é por acaso que a maioria dos instrumentos de rastreio de problemas de desenvolvimento disponíveis foi construída especificamente para a utilização nestes contextos. Contudo, se é verdade que o contexto da saúde encerra um conjunto de características favoráveis ao rastreio, é também verdade que é neste contexto que têm sido identificadas repetidamente várias barreiras para a implementação do mesmo (Minkovitz et al., 1998; Sand et al., 2005). Desta forma, é importante identificar outras alternativas.

Os contextos educativos, como as escolas e os cuidados para a infância (i.e., creches e jardins-de-infância) têm também uma série de características favoráveis ao rastreio. Pensando nas crianças pequenas, uma proporção importante frequenta algum tipo de cuidados extrafamiliares antes do início da escolaridade formal. Por outro lado, as educadoras de infância desempenham regularmente atividades de monitorização do desenvolvimento da criança, embora com recurso a metodologias não validadas. Desta forma, a implementação de procedimentos de rastreio regular, com a utilização de instrumentos validados, constituiria uma oportunidade de abranger muitas crianças e não representaria uma total novidade nesses contextos. Por outro lado, muitos instrumentos de rastreio não exigem formação intensiva nem consomem muito tempo ou recursos financeiros. Apesar disso, a implementação alargada do rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento não tem sido uma realidade nestes contextos, por limitações de recursos financeiros e humanos e também pela falta de procedimentos de articulação com serviços para posterior encaminhamento (Kettler & Feeney-Kettler, 2011; O'Connell et al., 2009). No contexto dos cuidados para a infância, a implementação de programas de rastreio tem estado sobretudo associada ao rastreio de preparação para a escolaridade (Gredler, 1997; Rafoth, 1997).

Apesar de existirem diferentes contextos possíveis para a implementação do rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento, nenhum se constituiu como um contexto universal para o rastreio sistemático das crianças (O'Connell et al., 2009).

#### **4.4. Estudos de implementação de metodologias de detecção precoce**

Várias iniciativas internacionais têm integrado atividades e instrumentos dirigidos à detecção precoce, evidenciando resultados favoráveis. Nesta secção, faremos um breve resumo dos procedimentos adotados por essas iniciativas.

##### ***4.4.1. Healthy Steps for Young Children***

O programa *Healthy Steps* foi desenvolvido para melhorar os cuidados pediátricos disponibilizados às crianças e famílias, no sentido de melhorar o potencial de desenvolvimento das crianças (Guyer et al., 2000). O programa dirige-se a todas as famílias e não apenas às famílias de risco. Uma das inovações é a integração do especialista *Healthy Steps*, que apoia a equipa de saúde na implementação das diversas componentes do programa: visitas de vigilância de saúde infantil alargadas, com o propósito de melhorar o aconselhamento antecipatório sobre o desenvolvimento da criança; visitas domiciliárias, desenhadas para ajudar os pais a apoiar o desenvolvimento da criança; linha telefónica, para responder a questões e preocupações; grupos de pais, para apoiar os pais na resolução de problemas; avaliação do desenvolvimento; materiais escritos; articulação com recursos comunitários (Guyer et al., 2000).

No que se refere à avaliação do desenvolvimento da criança, o especialista *Healthy Steps* administra diretamente à criança o *Denver II* nas visitas de vigilância de saúde infantil, para identificar sinais precoces de problemas de desenvolvimento ou comportamento. Adicionalmente, os profissionais avaliam comportamentos de saúde

que possam colocar a criança em risco (Boston University School of Medicine Healthy Steps Training Team, Independent Production Fund, & Toby Levine Communications, 2007).

A avaliação do programa tem-se focado de forma mais detalhada nos resultados das crianças e das famílias (Piotrowski, Talavera, & Mayer, 2009). De qualquer forma, os resultados de processo do programa apontaram que as famílias que o receberam tinham uma maior probabilidade de receber um conjunto de serviços relacionados com o desenvolvimento da criança, como a aplicação de um instrumento de avaliação, do que as famílias do grupo de controlo (Minkovitz et al., 2003).

#### ***4.4.2. Assuring Better Child Health and Development (ABCD)***

O programa ABCD foi desenvolvido com o propósito de apoiar alguns estados americanos a melhorar os serviços de desenvolvimento disponibilizados às famílias, através dos cuidados de saúde primários. O programa focou-se particularmente nos cuidados preventivos, implementando sistemas compreensivos e coordenados para melhorar a abordagem do desenvolvimento, que integram a vigilância e rastreio do desenvolvimento e sistemas de encaminhamento. O rastreio é implementado através da aplicação de um instrumento estandardizado e validado, o *Ages and Stages Questionnaire* ou o *Parents' Evaluation of Developmental Status*, em todas as visitas dos 6, 12, 18 ou 24, 36, 48 e 60 meses (Earls & Hay, 2006).

Os dados de avaliação do programa apontam para o alcance de uma taxa de rastreio do desenvolvimento na ordem dos 75%, para um aumento na taxa de encaminhamento para outros profissionais e serviços e para uma redução nas idades das crianças no momento do encaminhamento (Earls & Hay, 2006). Os resultados obtidos na Carolina do Norte conduziram à replicação do programa noutros estados (Earls, 2009).



#### **4.4.3. A\_Tempo**

O projeto “A\_Tempo” foi desenvolvido na região da Galiza, em Espanha, com o objetivo de testar um procedimento de rastreio universal para a identificação de problemas de desenvolvimento em crianças dos 0 aos 3 anos de idade, implementado a partir de contextos educativos (Ponte & Sarmiento, 2010; Sarmiento Campos et al., 2011). O procedimento incluiu uma abordagem em três etapas: preenchimento do PEDS pelos pais; recolha das preocupações das educadoras; preenchimento do *Ages and Stages Questionnaire* (ASQ) pela educadora e profissional de intervenção precoce quando era identificado algum risco (Sarmiento Campos et al., 2011).

A avaliação do procedimento de deteção precoce revelou uma boa aceitação por parte dos pais, educadoras e profissionais de intervenção precoce. A abordagem em três etapas foi considerada eficaz, na medida em que as crianças selecionadas a partir da informação dos pais e da educadora tinham posteriormente resultados mais baixos no ASQ e em que a aplicação deste instrumento adicional diminuía o sobreencaminhamento (Ponte & Sarmiento, 2010; Sarmiento Campos et al., 2011). Para além disso, o processo de deteção precoce permitiu identificar e encaminhar crianças que anteriormente não estavam a receber qualquer tipo de apoio ou intervenção (Ponte & Sarmiento, 2010).

#### **4.4.4. Wodonga Study**

O estudo da cidade australiana de Wodonga avaliou a viabilidade de introduzir um procedimento de deteção precoce, ligando serviços de educação e de saúde (Armstrong & Goldfeld, 2008). O procedimento incluiu a aplicação de instrumentos de

rastreio e o desenvolvimento de um mapeamento de serviços para encaminhamento (Armstrong & Goldfeld, 2004).

No início do ano letivo, os pais de crianças a frequentar instituições de cuidados para a infância participavam numa entrevista de acolhimento, na qual foi integrado o *Parents' Evaluation of Developmental Status* (PEDS). As crianças classificadas nos níveis moderado ou elevado de risco recebiam avaliação adicional, através da aplicação de um instrumento de rastreio de segundo nível por um enfermeiro. A partir deste resultado, era tomada a decisão de encaminhamento (Armstrong & Goldfeld, 2004).

Os resultados do estudo apontaram que a utilização do PEDS facilitava a comunicação entre as famílias e os profissionais, proporcionando o acesso a informação sobre o desenvolvimento da criança num momento precoce do ano letivo. Por outro lado, constituiu um elemento de ligação essencial com os enfermeiros, permitindo priorizar a aplicação de instrumentos de rastreio de segundo nível. Finalmente, foi considerado um elemento facilitador do fornecimento de aconselhamento antecipatório (Armstrong & Goldfeld, 2004, 2008).

# CAPÍTULO III

## Promoção do Desenvolvimento e Adaptação na Infância

### 1. Racional, Tipologias e Modalidades de Intervenção

A infância constitui um período de excelência para a promoção do desenvolvimento e adaptação, não só pelo seu papel no bem-estar futuro dos indivíduos mas também pelos fatores de vulnerabilidade e pela modificabilidade associados a esta etapa da vida (Shonkoff & Phillips, 2000; US Department of Health and Human Services, 1999). Uma parte importante das intervenções dirigidas ao desenvolvimento e adaptação da criança pequena têm em comum o facto de procurarem reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção, no sentido de alterar as trajetórias de desenvolvimento (Durlak & Wells, 1997; O'Connell et al., 2009).

De acordo com a conceptualização proposta por Mrazek e Haggerty (Mrazek & Haggerty, 1994) e revista por O'Connell, Boat e Warner (O'Connell et al., 2009), as

intervenções em saúde mental devem ser entendidas ao longo de um espectro, que vai da promoção da saúde mental ao tratamento e manutenção, passando por diferentes níveis de prevenção. De acordo com esta proposta, a promoção da saúde mental dirige-se ao público em geral e assenta na promoção dos fatores que melhoram a saúde mental (e.g., fortalecer o funcionamento familiar), com o objetivo de aumentar resultados positivos, como as competências do indivíduo para completar as tarefas de desenvolvimento apropriadas e alcançar o sentido de bem-estar positivo. A prevenção refere-se às intervenções que pretendem reduzir a probabilidade de ocorrência de problemas de saúde mental e apoia-se na redução de fatores de risco e aumento de fatores de proteção (Caixa 1). O tratamento dirige-se aos indivíduos identificados com perturbação mental. A manutenção dirige-se à prevenção de recaída e disponibilização de reabilitação ou redução do impacto de condições não tratáveis. Embora seja reconhecida alguma sobreposição entre promoção e prevenção, é salientada a necessidade de fazer uma mudança conceptual e de apostar na noção de que alcançar indicadores de desenvolvimento positivos será a melhor forma de proteger a saúde mental das crianças (O’Connell et al., 2009).

#### Caixa 1

##### **Intervenções preventivas em saúde mental**

**Intervenção preventiva universal.** Iniciativas dirigidas ao público em geral, com o objetivo de reduzir a prevalência de problemas ou a exposição a fatores de risco.

**Intervenção preventiva seletiva.** Iniciativas dirigidas a indivíduos ou a subgrupos da população cujo risco (biológico, psicológico ou social) de desenvolver uma perturbação mental é superior.

**Intervenção preventiva indicada.** Iniciativas dirigidas a indivíduos com risco elevado, identificados como tendo sinais detetáveis de uma perturbação mental ou de uma predisposição para a mesma, mas que não cumprem critérios de diagnóstico.

Na literatura, é possível identificar uma grande diversidade de intervenções que pretendem melhorar o desenvolvimento das crianças, tendo diferentes âmbitos (e.g., prevenção ou tratamento), objetivos, alvos (e.g., criança, família, criança e família), contextos de implementação (e.g., saúde, educação, domicílio) e modalidades de disponibilização (e.g., aconselhamento direto, auto-administração, materiais escritos) (Powell, 2006). Neste capítulo, serão discutidas apenas intervenções parentais.

### **1.1. Intervenções parentais**

As intervenções parentais têm subjacente a premissa de que melhorar os conhecimentos dos pais, a qualidade da relação pais-criança e as competências parentais terá um efeito positivo nas trajetórias de desenvolvimento da criança e funcionamento da família (Cowan et al., 2006; Teti & Candelaria, 2002). Um aspeto interessante das intervenções parentais focadas nos primeiros anos de vida é o facto de utilizarem estratégias semelhantes mesmo quando dirigidas a problemas distintos (e.g., problemas de comportamento e problemas de sono). Na verdade, essas estratégias de intervenção têm subjacente a necessidade de apoiar o desenvolvimento da auto-regulação da criança pequena (Stein & Barnes, 2002). Assim, muitas intervenções parentais incluem o mesmo conjunto de componentes: elogiar e reforçar os comportamentos desejáveis da criança; substituir a crítica e a punição física por consequências negativas consistentes face a comportamentos indesejáveis; aumentar o envolvimento positivo, através de medidas como brincar, contar histórias e escutar (O’Connell et al., 2009; Teti & Candelaria, 2002).

Considerando que o âmbito das intervenções parentais é muito diverso e que estas se distinguem pelos fundamentos teóricos, metodologias, intensidade, modalidades de disponibilização, formatos, alvos e resultados esperados (Cowan et al., 2006; Parrott

& Glascoe, 2004), vários autores têm procurado sistematizar as características das intervenções parentais eficazes (Kumpfer & Alvarado, 2003; Moran et al., 2004; Nation et al., 2003; Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003). No que se refere à organização das intervenções, foi salientada a importância de assentarem em fundamentos teóricos fortes, de estabelecerem objetivos concretos e mensuráveis, de garantirem a adequação aos aspetos socioculturais e ao desenvolvimento da criança, de serem iniciadas suficientemente cedo para terem um impacto adequado na trajetória dos problemas e de utilizarem uma abordagem centrada na família (Kumpfer & Alvarado, 2003; Moran et al., 2004; Nation et al., 2003; Weissberg et al., 2003).

Relativamente ao alcance das intervenções, foi sugerido um balanço ajustado em função dos objetivos e problemas, recorrendo a intervenções universais para necessidades de baixa severidade e a intervenções seletivas e indicadas para dificuldades mais complexas (Moran et al., 2004). Seguindo a mesma lógica para a intensidade, intervenções breves serão adequadas para aumentar os conhecimentos dos pais e encorajar mudanças de comportamentos simples e intervenções mais intensivas serão mais adequadas para problemas de maior severidade ou grupos de maior risco (Kumpfer & Alvarado, 2003; Moran et al., 2004; Nation et al., 2003). Em relação aos conteúdos, foi salientada a aposta em competências parentais específicas e sugestões concretas (Moran et al., 2004). Por outro lado, o recurso a metodologias de aprendizagem ativa e não apenas a metodologias didáticas foi apontado como potenciador dos efeitos das intervenções (Kumpfer & Alvarado, 2003; Moran et al., 2004; Nation et al., 2003; Weissberg et al., 2003).

Finalmente, foram identificadas várias características importantes no que diz respeito à disponibilização das intervenções: medidas eficazes para o recrutamento e envolvimento dos pais; diversidade de mecanismos de referenciação; utilização de

vários formatos de disponibilização; utilização de intervenções em grupo ou individuais em função do tipo de problemas e circunstâncias dos pais; dinamizadores devidamente formados; programas manualizados (Kumpfer & Alvarado, 2003; Moran et al., 2004; Nation et al., 2003; Weissberg et al., 2003).

Embora a natureza e âmbito das intervenções parentais seja muito diversa, em seguida, iremos deter-nos apenas nos programas de treino parental e na educação parental. Adicionalmente, discutiremos o caso específico das intervenções parentais dirigidas ao sono infantil.

## 2. Programas parentais

Nesta secção consideraremos os programas de treino parental (*parent training programs*). Nestes programas, são utilizadas metodologias ativas e interativas para treinar os pais na utilização de práticas parentais positivas, nomeadamente envolvimento em interações positivas com a criança, utilização do reforço positivo e demonstrações de afeto físico. Adicionalmente, são ensinados a reduzir as práticas parentais coercivas e inconsistentes, recorrendo a estratégias de disciplina firmes e consistentes, como o estabelecimento de regras claras e a utilização do isolamento, perda de privilégios ou atribuição de consequências (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008; T. Taylor & Biglan, 1998).

Os programas de treino parental baseados nos princípios da aprendizagem social, da análise funcional e da abordagem cognitivo-comportamental constituem os programas parentais mais estudados e com evidência empírica mais forte (Scott, 2002). Estes programas são considerados as intervenções de primeira escolha para o tratamento e prevenção dos problemas de comportamento em crianças pequenas (Kaminski et al., 2008; Taylor & Biglan, 1998). Com efeito, um volume alargado de estudos tem verifi-

cado mudanças positivas nos comportamentos parentais e nos problemas de comportamento das crianças (Barlow et al., 2010; Dretzke et al., 2009; Serketich & Dumas, 1996; T. Taylor & Biglan, 1998). Adicionalmente, alguns programas mostraram efeitos positivos no bem-estar psicossocial dos pais, como reduções no *stress* e melhorias na autoestima (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002)

Muito embora os comportamentos disruptivos, como agressividade, desobediência ou oposição, sejam claramente os problemas mais estudados nas avaliações dos programas parentais (Barlow et al., 2007; Forehand et al., 2013), algumas evidências têm apontado que esta abordagem pode ser aplicada com sucesso a outros problemas, como dificuldades com a alimentação (Turner, Sanders, & Wall, 1994), problemas de ansiedade (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Cartwright-Hatton et al., 2011), problemas de desenvolvimento (Brookman-Frazee, Stahmer, Baker-Ericzén, & Tsai, 2006; Matson, Mahan, & LoVullo, 2009; Schreibman, Kaneko, & Koegel, 1991), entre outros. Importa salientar que, embora a abordagem subjacente seja a mesma (i.e., alterar o comportamento parental e, especificamente, as interações entre pais e crianças para alcançar mudanças nos problemas da criança), os comportamentos parentais focados podem variar em função do problema. Por exemplo, no caso dos problemas de ansiedade da criança pequena, alguns programas focam a promoção da autonomia e redução do controle psicológico (Barrett et al., 1996), outros assentam nos mesmos comportamentos focados pelos programas parentais mais tipicamente dirigidos aos comportamentos disruptivos (Cartwright-Hatton et al., 2011).

Da mesma forma, existe muito mais investigação com famílias de crianças com fatores de risco ou com níveis clínicos ou subclínicos de problemas de comportamento do que com famílias recrutadas da população geral, independentemente das suas características ou fatores de risco (Cavaleri et al., 2011; Spoth, Kavanagh, & Dishion, 2002).



Na verdade, as evidências relativas ao impacto positivo das intervenções parentais preventivas têm-se acumulado essencialmente ao longo das duas últimas décadas. Uma meta-análise que incluiu trabalhos publicados até ao final de 1991 concluiu que os programas parentais não alcançavam uma dimensão do efeito significativa (Durlak & Wells, 1997). A evidência mais recente aponta resultados bastante distintos, mostrando que as intervenções parentais, mesmo de carácter universal, produzem efeitos positivos no desenvolvimento e adaptação da criança e no funcionamento da família (Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram, & Naumann, 2010; Kaminski et al., 2008; Moran et al., 2004; Zubrick et al., 2005).

Conforme descrito, o impacto positivo dos programas parentais no desenvolvimento e adaptação da criança e no funcionamento da família está bem estabelecido (O'Connell et al., 2009). Contudo, os mecanismos explicativos dessas mudanças não têm sido muito explorados e os estudos realizados nem sempre encontraram resultados consistentes: uns apontam que as mudanças nos comportamentos da criança serão mediadas por mudanças nos comportamentos parentais positivos, outros isolaram o efeito de mudanças nos comportamentos parentais negativos (Forehand et al., 2013). Alguns autores salientaram a necessidade de examinar os processos de mudança considerando comportamentos parentais mais específicos (Kaminski et al., 2008). Por outro lado, alguns trabalhos têm mostrado que os resultados dos programas parentais são moderados por um conjunto de variáveis, incluindo a idade e sexo da criança, o estatuto socioeconómico, a saúde mental da mãe e o formato de disponibilização (Gardner, Hutchings, Bywater, & Whitaker, 2010; Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006). Assim, em determinados contextos, a mudança das trajetórias de desenvolvimento da criança a partir de programas parentais pode constituir um desafio maior.

## 2.1. Programas parentais disponibilizados por um profissional

Tradicionalmente, os programas parentais têm sido desenhados para serem implementados pessoalmente por um profissional treinado, em sessões individuais ou em grupo. Alguns programas contemplam a participação da criança em todas ou algumas sessões para que os pais possam ensaiar as competências aprendidas ou a observação da criança noutro contexto em algum momento do programa para discussão posterior com os pais. A investigação tem mostrado melhorias na percepção parental de competência, nas competências parentais, nas competências sociais e na adaptação escolar das crianças e reduções nos problemas de comportamento e de atenção (Barlow et al., 2010; Dretzke et al., 2009; T. Taylor & Biglan, 1998). Numa meta-análise recente, foi encontrada uma dimensão do efeito de 0.43 nas medidas parentais e de 0.30 nas medidas da criança (Kaminski et al., 2008). A dimensão do efeito dos programas em diferentes medidas parentais variava, com maiores dimensões do efeito em indicadores de conhecimentos (0.88) e menores em competências e comportamentos (0.39). Em relação às medidas de comportamento da criança, foram encontradas dimensões do efeito maiores para os comportamentos de internalização (0.40) e de externalização (0.25) e menores para competências sociais (0.13) (Kaminski et al., 2008).

Alguns programas incluem módulos adicionais para além do treino básico em competências parentais, no sentido de atingir outros fatores de risco da família, como psicopatologia dos pais ou conflito familiar. A evidência relativa aos benefícios destes módulos adicionais não é completamente conclusiva (Kaminski et al., 2008; Lundahl et al., 2006; Sanders, Bor, & Morawska, 2007).

Como referido anteriormente, a maior parte dos programas de treino parental tem sido disponibilizada a pais de crianças com fatores de risco ou com níveis subclíni-

cos ou clínicos de problemas de comportamento. Um pequeno número de trabalhos implementou abordagens de prevenção universal. Uma parte deles utilizou programas intensivos habitualmente disponibilizados para prevenção seletiva ou indicada ou para tratamento, encontrando reduções na utilização de práticas parentais disfuncionais e nos problemas de comportamento, aumento da utilização de práticas parentais positivas e melhorias na saúde mental e relação conjugal dos pais (Hahlweg et al., 2010, 2008; Zubrick et al., 2005). Outros recorreram a programas menos intensivos, com duas a quatro sessões, encontrando alterações apenas nos indicadores parentais, como menos disciplina severa e menos expectativas desadequadas em relação ao desenvolvimento da criança (Bayer, Hiscock, Ukoumunne, Scalzo, & Wake, 2010; Hiscock et al., 2008). Os autores concluíram que o programa isolado seria insuficiente para prevenir o desenvolvimento de problemas de comportamento e que seriam necessárias abordagens mais intensivas para as situações de maior risco (Bayer et al., 2010; Hiscock et al., 2008). Mais recentemente, estes autores propuseram uma abordagem combinada, incluindo intervenção universal e seletiva, no sentido de conseguir um maior alcance, recrutamento e impacto (Hiscock et al., 2012).

Considerando o impacto positivo dos programas parentais, tem sido feito um esforço para identificar as características dos programas eficazes. Na verdade, embora os programas parentais tenham uma base comum, diferentes programas distinguem-se pelos conteúdos que enfatizam, pelos contextos e formatos de disponibilização, pelas metodologias em que assentam e pelas famílias que abrangem.

Vários autores procuraram identificar os princípios subjacentes aos programas eficazes. Moore, Ochiltree e Cann (2002) resumiram essas ideias salientando as seguintes qualidades: focado na capacitação (*empowerment*) e nas capacidades das famílias; responsivo às necessidades das famílias; coordenado com outros serviços; baseado na

percepção que a família tem do problema; centrado na família; baseado na comunidade; sensível à diversidade sociocultural, étnica e socioeconómica; fundamentado em modelos teóricos claros e empiricamente validados; abrangente e dirigido a fatores de risco conhecidos; disponibilizado por pessoas devidamente formadas e supervisionadas. Uma das características que tem sido apontada de forma sistemática é a utilização de uma abordagem centrada na família (Powell, 2006). De acordo com esta abordagem, as intervenções devem dirigir-se para a capacitação dos pais, respondendo às suas necessidades e preocupações (American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care, & Institute for Family-Centered Care, 2003). Por outro lado, são salientadas as capacidades das famílias, devendo os programas dirigir-se à promoção do bem-estar e não apenas ao tratamento de problemas ou prevenção de fatores de risco.

Kaminski e colaboradores (2008) verificaram que programas que incluíam o treino de competências de comunicação emocional (e.g., escuta ativa, apoiar a criança na identificação e expressão de emoções) e de interação positiva (e.g., envolvimento em interações positivas, envolvimento em brincadeiras guiadas pela criança, fornecimento de atenção positiva por comportamentos adequados) se associavam a maiores efeitos nos comportamentos parentais. Por outro lado, incluir o treino em interações positivas com a criança e a utilização do isolamento e resposta consistente aos comportamentos da criança associavam-se a maiores efeitos nos comportamentos de externalização da criança. Adicionalmente, programas que contemplavam o ensaio das competências aprendidas com a criança durante as sessões produziam maiores efeitos nas competências parentais e comportamentos da criança.

O grande problema apontado aos programas parentais é o alcance limitado, já que apenas uma minoria de pais beneficia destes programas (Cunningham et al., 1995; Ronald J Prinz & Sanders, 2007; Tolan & Dodge, 2005). Para começar, os programas

parentais não têm estado disponíveis de forma abrangente para a população porque representam custos consideráveis (Cunningham et al., 1995; Foster et al., 2007) e porque não têm sido integrados nas práticas habituais dos contextos clínicos e educativos (T. Taylor & Biglan, 1998). Por outro lado, têm sido identificadas dificuldades diversas no envolvimento dos pais, incluindo uma baixa motivação, o receio de estigmatização e uma série de constrangimentos de natureza logística, como horários, transporte, local para deixar as crianças, despesas envolvidas (Dumka & Garza, 1997; Elgar & McGrath, 2003; Foster et al., 2007; Heinrichs, Bertram, Kuschel, & Hahlweg, 2005; Spoth & Redmond, 2000). Desta forma, os programas parentais não têm sido aplicados numa escala suficiente para permitir um efeito claro ao nível populacional (Spoth et al., 2002).

## **2.2. Programas auto-administrados**

Os programas parentais auto-administrados pretendem contribuir para reduzir as barreiras ao envolvimento dos pais. Desta forma, são utilizadas modalidades alternativas de disponibilização da intervenção, como materiais escritos, elementos multimedia (vídeos, cd-roms, internet) ou uma combinação de ambos.

A modalidade de disponibilização mais descrita na literatura é a biblioterapia, em que a intervenção é disponibilizada através de materiais escritos, incluindo informação acerca do problema, estratégias para lidar com o mesmo e tarefas para pôr em prática as competências abordadas (Elgar & McGrath, 2003; M. O'Brien & Daley, 2011). Vários estudos têm verificado que este tipo de intervenção produz efeitos positivos no comportamento dos pais e nos comportamentos de externalização das crianças (Hahlweg et al., 2008; Markie-Dadds & Sanders, 2006) e alguns têm encontrado resultados semelhantes à administração do programa por um profissional (Lavigne et al., 2008; Sanders, Bor, et al., 2007; Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000). A biblio-

terapia mostrou também efeitos positivos no tratamento de perturbações de ansiedade (Leong, Cobham, De Groot, & McDermott, 2009; Lyneham & Rapee, 2006; Rapee et al., 2006). Alguns trabalhos reforçaram a biblioterapia com um contacto mínimo com um terapeuta através do telefone, evidenciando benefícios em comparação com a intervenção apenas assente nos materiais escritos (Markie-Dadds & Sanders, 2006; Morawska & Sanders, 2006). Tem sido salientado que os programas auto-administrados podem demorar mais tempo a produzir resultados do que os programas guiados por um profissional (Sanders et al., 2000).

Alguns programas auto-administrados assentam em elementos multimédia. A avaliação de programas assentes na utilização autónoma da modelagem de comportamentos parentais por vídeo evidenciou benefícios nos conhecimentos dos pais acerca do desenvolvimento da criança e nos comportamentos parentais de proteção da saúde da criança (Brown, Yando, & Rainforth, 2000) assim como nas interações pais-criança e nos comportamentos da criança (Webster-Stratton, Hollinsworth, & Kolpacoff, 1989; Webster-Stratton, Kolpacoff, & Hollinsworth, 1988; Webster-Stratton, 1990). Uma outra intervenção recorreu à utilização do vídeo através da disponibilização de uma série televisiva representando a participação de algumas famílias num programa parental e, dessa forma, a aplicação de estratégias parentais positivas e de gestão do comportamento pelos pais (Callam, Sanders, Sadhnani, & Carmont, 2008). Esta intervenção revelou efeitos positivos no comportamento das crianças, nas práticas parentais e no afeto parental (Callam et al., 2008).

Mais recentemente, foram desenvolvidos programas para disponibilização através de cd-rom ou da internet. Estas formas de disponibilização permitem apresentar aos pais os conteúdos e estratégias de forma sequencial, introduzir atividades de aplicação e fazer uso de uma série de ferramentas interativas que promovem o envolvimento dos

utilizadores. A utilização deste tipo de plataforma para a disponibilização de intervenções parentais revelou uma boa aceitação por parte dos pais e mudanças significativas ao nível dos comportamentos dos pais e da criança (Sanders, Baker, & Turner, 2012).

Embora os programas parentais auto-administrados sejam bem aceites e tenham evidenciado bons resultados ao nível dos comportamentos dos pais e das crianças, constituem intervenções com um nível de intensidade considerável, pelo que dificilmente serão generalizáveis a toda a população. Por outro lado, as taxas de recrutamento reportadas nas avaliações destes programas não têm sido superiores às encontradas nos programas disponibilizados por um profissional, pelo que não fica claro se efetivamente permitem ultrapassar algumas das barreiras ao envolvimento dos pais descritas nos programas tradicionais.

### **2.3. Exemplos de programas de treino parental apoiados na evidência**

Destacamos aqui dois exemplos de programas largamente apoiados na evidência: *Incredible Years* e *Triple P – Positive Parenting Program*. A avaliação da efetividade destes dois programas num estudo de implementação em larga escala verificou que os efeitos demonstrados em estudos de eficácia se mantinham quando os programas eram implementados no contexto real e que os dois programas tinham efeitos semelhantes nos problemas de comportamento da criança e nas competências parentais (Lindsay, Strand, & Davis, 2011). O *National Institute for Health and Clinical Excellence* recomendou a utilização destes programas na intervenção dirigida às perturbações disruptivas do comportamento (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

### 2.3.1. *Incredible Years*

O programa *Incredible Years* dirige-se à prevenção e tratamento de problemas disruptivos em crianças e à promoção de competências académicas, sociais e emocionais (Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001). O programa tem sido utilizado com diferentes faixas etárias, da primeira infância à pré-adolescência, e diferentes alvos, nomeadamente pais, crianças e professores. No caso do programa parental, a intervenção consiste em sessões de grupo semanais, recorrendo à modelagem através de vídeo e à discussão em grupo. Os vídeos demonstram princípios da aprendizagem social e do desenvolvimento infantil e servem como estímulo para as discussões, auto-reflexão, resolução de problemas e aprendizagem colaborativa (Webster-Stratton et al., 2012).

A partir da idade pré-escolar, o programa está organizado em 10 módulos complementares, distribuídos por 14 a 24 sessões semanais. Os módulos um a quatro constituem o programa básico para a idade pré-escolar, incluindo: fortalecimento de competências sociais, regulação emocional e preparação para a escolaridade; utilizar o elogio e incentivos para encorajar a cooperação; utilizar regras, rotinas e limites eficazes; lidar com comportamentos indesejáveis. Os módulos nove e dez constituem o programa básico para a idade escolar e incluem a promoção de comportamentos positivos e a redução de comportamentos desadequados. Os módulos cinco a sete constituem o programa avançado, que se foca em fatores de risco parentais, como depressão ou conflito conjugal, e contempla a comunicação e a resolução de problemas. O módulo oito dirige-se ao apoio às aprendizagens da criança (<http://www.incredibleyears.com/program/parent.asp>).

O *Incredible Years* tem sido apontado como programa de referência por várias agências internacionais. As avaliações do programa têm encontrado melhorias nas interações parentais (i.e., menor utilização da crítica e disciplina severa e maior utilização do elogio), redução nos problemas de comportamento das crianças (i.e., oposição, deso-



bediência, hiperatividade) e aumento das competências socio-emocionais (Hartman, Stage, & Webster-Stratton, 2003; K. Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007; McMenamy, Sheldrick, & Perrin, 2011; Scott, Spender, Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001; Webster-Stratton, Rinaldi, & Jamila, 2011). Foram também encontrados benefícios adicionais para os pais, como redução da depressão e do *stress* parental, aumento da auto-confiança parental e melhorias na comunicação familiar e resolução de problemas (Lindsay et al., 2011; McMenamy et al., 2011).

Embora a maioria dos estudos tenha focado crianças dos 3 aos 8 anos, existem evidências do impacto positivo do programa com crianças mais novas, de idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos (Brotman et al., 2003; Gross et al., 2003; K. Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2008; Tucker, Gross, Fogg, Delaney, & Lapporte, 1998). Por outro lado, apesar de o programa ter sido usado essencialmente com crianças com sinais iniciais de problemas de comportamento, a sua utilização mais alargada com crianças de famílias desfavorecidas também tem sido apoiada pelos resultados dos estudos (Reid, Webster-Stratton, & Beauchaine, 2001; Webster-Stratton et al., 2001). Finalmente, a comparação entre diferentes modalidades de disponibilização (i.e., por um terapeuta, por um enfermeiro ou biblioterapia) revelou melhorias significativas nos comportamentos das crianças ao longo do tempo, mas não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes tratamentos (Lavigne et al., 2008). O tratamento conduzido por um terapeuta apenas era superior à biblioterapia nos casos em que a dose de exposição ao programa era muito elevada (Lavigne et al., 2008).

A avaliação da manutenção dos efeitos do programa a longo prazo tem reforçado a sua eficácia. Dois anos após a conclusão do programa, os problemas de comportamento da criança mantiveram-se em níveis semelhantes e verificaram-se progressos nas competências parentais (Posthumus, Raaijmakers, Maassen, van Engeland, & Matthys,

2012). A avaliação dos efeitos a mais longo prazo (i.e., oito a doze anos depois) mostrou que as crianças cujos pais receberam a intervenção tinham indicadores menos severos de problemas de comportamento, como envolvimento com o sistema criminal, e níveis estáveis de problemas de comportamento em comparação com o momento pós-intervenção (Webster-Stratton et al., 2011).

O *Incredible Years* tem sido aplicado em diversos países, incluindo Portugal. Os primeiros resultados da aplicação do programa básico para a idade pré-escolar em Portugal encontraram uma mudança significativa nos comportamentos parentais e no *stress* parental (Webster-Stratton et al., 2012). Estão em curso diversos estudos relativos à aplicação do programa com outras populações.

### ***2.3.2. Triple P – Positive Parenting Program***

O programa Triple P constitui uma abordagem populacional ao comportamento parental. O programa pretende prevenir problemas de desenvolvimento, de comportamento e socio-emocionais em crianças (primeira infância, idade pré-escolar e idade escolar) e pré-adolescentes, melhorando os conhecimentos, competências e confiança dos pais (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003; Sanders, 1999). Cinco princípios fundamentais constituem a base do programa: assegurar um ambiente seguro e atraente; criar um ambiente de aprendizagem positivo; utilizar disciplina assertiva; ter expectativas realistas; cuidar de si próprio enquanto pai. Esta abordagem tem sido amplamente disseminada internacionalmente (Sanders et al., 2003; Sanders, 2002, 2012).

O Triple P integra cinco níveis de intensidade crescente e alcance variável (Cai-xa 2). Os níveis vão de estratégias universais de comunicação através dos media até intervenções intensivas. O Triple P envolve uma série de modalidades diferentes de disponibilização, incluindo programas individuais, em grupo, auto-administrados e

apoiados por telefone. O racional subjacente a esta estratégia em diferentes níveis considera que existem diferentes níveis de problemas de comportamento nas crianças e que os pais têm necessidades diferentes e procuram tipos, formas e intensidades de apoio distintos (Sanders, 1999, 2012). A estratégia multiníveis pretende, assim, a maximizar a eficiência, conter os custos, evitar os desperdícios e a disponibilização de serviços desnecessários e assegurar que o programa tem um alcance alargado na comunidade (Sanders, 1999).

## Caixa 2

### Níveis de intervenção do programa Triple P

**Nível 1.** Dirige-se a todos os pais interessados em informação sobre formas de promover o desenvolvimento e adaptação da criança. Pode ser disponibilizado através de campanhas nos media, de apresentações para grupos, de aconselhamento antecipatório breve, de vídeos ou de materiais escritos.

**Nível 2.** Dirige-se a pais com uma preocupação específica acerca do desenvolvimento ou comportamento da criança. Pode ser disponibilizado através de aconselhamento individual breve pessoalmente ou por telefone, sessões em grupo ou materiais escritos, assentando numa estratégia de informação.

**Nível 3.** Dirige-se a pais com preocupações parentais específicas acerca do desenvolvimento ou comportamento da criança, que requeiram treino de competências ativo. Materializa-se num programa com uma a quatro sessões clínicas de 30 minutos, que combinam aconselhamento, ensaio e auto-avaliação. Pode ser disponibilizado individualmente ou em grupo e apoiar-se em materiais escritos ou contactos telefónicos.

**Nível 4.** Dirige-se a pais de crianças com comportamentos mais severos (e.g., comportamentos agressivos, perturbação de oposição) ou a pais que desejem um treino intensivo em competências parentais positivas. Trata-se de um programa intensivo, de oito a dez sessões, focado na interação pais-criança e na aplicação de competências parentais a um conjunto alargado de comportamentos problema. Pode ser administrado por um terapeuta individualmente ou em grupo ou por auto-administração.

**Nível 5.** Dirige-se a pais que para além dos problemas de comportamento da criança se confrontam com problemas familiares adicionais, como depressão parental ou conflito conjugal. Para além do programa base (nível 4), inclui módulos dirigidos ao humor, *stress* e conflito conjugal. Pode ser disponibilizado por um terapeuta individualmente ou em grupo ou auto-administrado.

As diferentes componentes do Triple P têm mostrado efeitos positivos no comportamento e adaptação parental e no comportamento das crianças (Sanders et al., 2003; Sanders, 2012). Para além disso, dois ensaios populacionais integrando todas as componentes demonstraram reduções nos indicadores de maus-tratos infantis e na proporção de crianças com níveis subclínicos ou clínicos de problemas socio-emocionais e de comportamento bem como reduções na prevalência de depressão e *stress* parental e em práticas parentais disfuncionais (Ronald J Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009; Sanders et al., 2008).

A avaliação do nível um foi feita a partir da disponibilização de uma série televisiva representando a participação de algumas famílias num programa parental e, dessa forma, a aplicação de estratégias parentais positivas e de gestão do comportamento pelos pais (Callam et al., 2008). Esta intervenção revelou efeitos positivos no comportamento das crianças, nas práticas parentais e no afeto parental (Callam et al., 2008).

A disponibilização do nível três do Triple P através de enfermeiros dos cuidados de saúde primários revelou efeitos positivos nos pais do grupo de intervenção, especificamente níveis mais baixos de problemas de comportamento da criança, práticas parentais disfuncionais, ansiedade e *stress* parental (Turner & Sanders, 2006).

O nível quatro da abordagem é claramente o mais avaliado. A maior parte dos estudos acerca do impacto desta intervenção tem sido realizada com crianças com fatores de risco familiar ou social (intervenção seletiva) ou com níveis subclínicos (intervenção indicada) ou clínicos (tratamento) de problemas de comportamento. Os resultados têm mostrado sistematicamente um efeito positivo nos indicadores de adaptação das crianças, nas práticas parentais e noutros indicadores dos pais, como a auto-estima (de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff, & Tavecchio, 2008; Sanders, 2012). A comparação

entre a disponibilização por um profissional e auto-administração revelou resultados equivalentes (Sanders, Bor, et al., 2007; Sanders et al., 2000). Alguns trabalhos mais pontuais ofereceram o nível quatro a todos os pais recrutados (intervenção universal), revelando reduções na utilização de práticas parentais disfuncionais e nos problemas de comportamento da criança (Hahlweg et al., 2010, 2008; Zubrick et al., 2005).

A evidência relativa ao nível cinco é mista. Alguns estudos encontraram benefícios com a introdução de componentes adicionais dirigidas aos fatores de risco familiar (Sanders & McFarland, 2000; Sanders et al., 2004). Outros estudos encontraram resultados equivalentes entre o programa básico (nível 4) e o programa com componentes adicionais (Plant & Sanders, 2007; Sanders, Bor, et al., 2007).

### **3. Educação Parental**

A educação parental corresponde ao fornecimento de informação acerca do desenvolvimento da criança, formas de o apoiar e competências parentais, sem incluir o treino ativo de competências específicas (Scott, 2002; Smith, Perou, & Lesesne, 2002; Zepeda, Varela, & Morales, 2004).

A educação parental parte do racional de que os pais precisam de certos conhecimentos, competências e atitudes para serem eficazes (Smith et al., 2002; Zepeda et al., 2004). Alguns trabalhos internacionais têm verificado que os pais mostram uma grande necessidade de aprender mais sobre a parentalidade, nomeadamente sobre disciplina, sono, aprendizagem da higiene e formas de encorajar as aprendizagens da criança (Bethell et al., 2001, 2004; Jellinek et al., 1999; Olson et al., 2004; Schuster et al., 2000; Young et al., 1998). Desta forma, disponibilizar informação prática, fácil de compreender e nos momentos em que os pais precisam dela seria uma forma adequada de apoiar as famílias (Moore et al., 2002). Contudo, o pressuposto de que existe uma relação entre

a educação parental e as mudanças de comportamento dos pais e, por sua vez, o desenvolvimento da criança não está bem estabelecido pela investigação (Zepeda et al., 2004).

A educação parental tem sido disponibilizada através de programas diversos e está muitas vezes integrada noutros serviços disponibilizados às famílias, como na vigilância de saúde infantil, através do aconselhamento antecipatório, nos cuidados para a infância, nos programas de visita domiciliária, nos programas dirigidos ao desenvolvimento e adaptação socio-emocional da criança (Cowan et al., 2006; Zepeda et al., 2004). Por outro lado, são utilizados vários formatos de disponibilização, incluindo aconselhamento verbal, materiais escritos, materiais audiovisuais, entre outros (Glascoe et al., 1998; Moore et al., 2002). As intervenções de educação parental apresentam também uma grande variabilidade em termos de objetivos, populações alvo, contextos, formatos e duração.

Dada a grande diversidade de características das intervenções, torna-se difícil descrever a eficácia da educação parental como um todo (Zepeda et al., 2004). Contudo, alguns trabalhos têm deixado algumas pistas importantes. Nomeadamente, a educação parental parece ser mais eficaz quando integrada noutros serviços com que as famílias têm contacto habitual (Zepeda et al., 2004). Por outro lado, os pais apreendem melhor a informação quando esta é fornecida de forma apelativa e simples e quando foca as suas áreas específicas de preocupação (Glascoe et al., 1998).

Zepeda e colaboradores (2004) propuseram o desenvolvimento de uma abordagem compreensiva à educação parental, disponibilizando essa educação de acordo com diferentes níveis de necessidade e recorrendo a diferentes estratégias de disponibilização, incluindo a disponibilização através de serviços e de estratégias comunicacionais mais alargadas (e.g., rádio, televisão, jornais, brochuras parentais). Adicionalmente, é

apontada a necessidade de desenvolver materiais de qualidade com mensagens chave, de forma a disponibilizar informação consistente de forma alargada, recorrendo a diferentes contextos frequentados pelos pais, como os cuidados de saúde ou os cuidados para a infância (Moore et al., 2002; Zepeda et al., 2004).

### **3.1. O aconselhamento antecipatório**

O aconselhamento antecipatório constitui uma atividade de promoção da saúde que consiste na disponibilização de informação às famílias sobre o que devem esperar relativamente à saúde e desenvolvimento da criança, o que podem fazer para promover a sua saúde e desenvolvimento e quais os benefícios dessas práticas (Hagan, Shaw, & Duncan, 2008). De uma forma geral, pretende-se antecipar problemas comuns, promover uma interação positiva entre pais e criança e uma melhor compreensão das características e necessidades da criança à medida que cresce e se desenvolve (Stewart-Brown & McMillan, 2010). O aconselhamento antecipatório será provavelmente o tipo de intervenção universal a que uma maior proporção da população tem acesso. Tradicionalmente, o aconselhamento antecipatório tem sido disponibilizado no contexto da vigilância de saúde infantil.

Nos últimos anos, as orientações clínicas para a vigilância de saúde infantil têm refletido uma mudança de uma abordagem mais focada no rastreio e vigilância de problemas específicos para uma abordagem focada na promoção da saúde e bem-estar de todas as crianças (Foley et al., 1999; Hall & Elliman, 2006). Desta forma, as orientações e programas que guiam a prática da vigilância de saúde infantil têm incluído cada vez mais indicações referentes à abordagem de aspetos relacionados com a promoção do desenvolvimento e adaptação socio-emocional da criança ao longo dos primeiros anos de vida. Contudo, existem algumas discrepâncias entre os tópicos habitualmente con-

templados nos programas e orientações clínicas, a evidência empírica sobre o impacto de abordar esses tópicos neste contexto e as práticas dos profissionais (Regalado & Halfon, 2001).

### ***3.1.1. Tópicos recomendados vs tópicos empiricamente validados***

A lista de tópicos relativos ao desenvolvimento e adaptação socio-emocional sugeridos em diversos documentos que orientam a disponibilização do aconselhamento antecipatório é habitualmente extensa. Por exemplo, no Programa Nacional de Saúde e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013), em relação ao período dos 0 aos 6 anos de idade, é recomendada a abordagem dos padrões e hábitos de sono, de atividades promotoras do desenvolvimento, da estimulação da linguagem, da relação pais-criança, do desenvolvimento da autonomia, da disciplina e de algumas dificuldades relacionadas com o comportamento e adaptação (e.g., birras, ansiedade de separação). Contudo, estas recomendações restringem-se basicamente a uma lista de tópicos e, nalguns casos, à indicação de uma ou duas mensagens chave e não incluem orientações quanto aos conteúdos específicos a incluir ou metodologias a utilizar.

As orientações do programa *Bright Futures*<sup>2</sup> (Hagan et al., 2008) para este período incluem um conjunto muito diverso de tópicos, nomeadamente o sono, o desenvolvimento da linguagem, o desenvolvimento social, o temperamento e comportamento, a aprendizagem da higiene, a promoção da literacia precoce, o visionamento de televisão, as rotinas, a preparação para a escolaridade. As orientações do programa são bas-

---

<sup>2</sup> O programa *Bright Futures*, apoiado pela Associação Americana de Pediatria, é uma iniciativa dirigida à promoção da saúde infantil, a partir da vigilância de saúde infantil. O programa disponibiliza um conjunto de recursos para profissionais e pais, nomeadamente orientações para a prática clínica da saúde infantil, incluindo recomendações para o aconselhamento antecipatório.



tante descritivas, incluindo questões orientadoras da vigilância e mensagens específicas a discutir com os pais.

Outro documento de referência, o *Rourke Baby Record*<sup>3</sup> (Rourke, Rourke, & Leduc, 2009), recomenda a abordagem da interação pais-criança, dos hábitos e dificuldades relacionadas com o sono, da disciplina, da promoção da literacia precoce, da aprendizagem da higiene, dos cuidados para a infância e da preparação para a escolaridade. Embora o documento não seja muito descritivo, remete para documentos de apoio com orientações mais específicas.

Finalmente, algumas organizações têm desenvolvido orientações mais específicas acerca da abordagem de alguns tópicos, como a promoção da literacia precoce (Canadian Paediatric Society Psychosocial Paediatrics Committee, 2002), a disciplina (Canadian Paediatric Society, 2004; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1998) e a aprendizagem da higiene (American Academy of Pediatrics, 1999; Community Paediatrics Committee & Canadian Paediatric Society, 2000). Nestas orientações, é fundamentada a importância de abordar cada tópico e detalhadas recomendações relativas às mensagens a disponibilizar.

De forma contrastante com a diversidade de temas habitualmente recomendados, a evidência relativa à efetividade do aconselhamento antecipatório para a promoção do desenvolvimento da criança é ainda escassa, restringindo-se aos seguintes temas: desenvolvimento, interação pais-criança, hábitos de sono, estratégias de disciplina e literacia precoce (Nelson, Wissow, & Cheng, 2003; Regalado & Halfon, 2001). Os primeiros trabalhos sobre a efetividade do aconselhamento antecipatório avaliaram o efeito da

---

<sup>3</sup> O *Rourke Baby Record* é um formulário estruturado, baseado na evidência, desenvolvido para apoiar a vigilância de saúde infantil dos 0 aos 5 anos de idade. Este instrumento está organizado de acordo com as idades-chave do programa de vigilância infantil, integrando orientações para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e para o aconselhamento. O formulário é apoiado por organizações canadenses, como o *College of Family Physicians of Canada* e a *Canadian Paediatric Society*.

disponibilização de informação sobre o desenvolvimento da criança, verificando que melhorava os conhecimentos dos pais, mas não tinha impacto na interação pais-criança nem no desenvolvimento da criança (Chamberlin & Szumowski, 1980; Dworkin, Allen, Geertsma, Solkoske, & Cullina, 1987). Posteriormente, vários estudos exploraram o impacto de abordar aspectos relacionados com a interação pais-criança (e.g., interações verbais, brincadeiras, rotinas), encontrando resultados positivos quer ao nível da interação quer ao nível do desenvolvimento da criança (Mendelsohn et al., 2007; Mendelsohn, Dreyer, et al., 2011; Mendelsohn, Huberman, et al., 2011). Alguns estudos avaliaram o efeito do aconselhamento antecipatório verbal e escrito acerca dos padrões de sono da criança, apontando efeitos positivos nos padrões de sono das crianças, no stress parental e na confiança parental (Adair et al., 1992; Pinilla & Birch, 1993; Wolfson, Lacks, & Futterman, 1992).

A disciplina é um tópico transversal nas recomendações relativas ao aconselhamento antecipatório, mas em relação ao qual existe pouca evidência específica deste contexto de intervenção. Um estudo verificou que a disponibilização de informação sobre este tópico desencadeava mudanças nos planos dos pais para disciplinarem a criança (Scholer, Hudnut-Beumler, & Dietrich, 2010). Outro trabalho mostrou que a disponibilização de aconselhamento e informação escrita acerca da utilização da estratégia de isolamento (*time-out*) aumentava a utilização dessa estratégia entre os pais que não a usavam anteriormente (Sege et al., 1997).

O tópico mais estudado no contexto do aconselhamento antecipatório é a promoção da literacia precoce. Na verdade, vários programas têm estudado o impacto de disponibilizar informação e aconselhamento sobre a importância da literacia precoce e de contar histórias à criança desde muito cedo. A avaliação do programa *Reach Out and Read* evidenciou um aumento na leitura de livros às crianças, na leitura de livros à hora

de deitar, na disponibilidade de livros infantis no contexto familiar e na classificação da leitura como uma das atividades preferidas dos pais e da criança (Needlman, Toker, Dreyer, Klass, & Mendelsohn, 2005). Por outro lado, verificaram-se efeitos positivos no desenvolvimento da linguagem da criança (Klass, Dreyer, & Mendelsohn, 2009; Needlman & Silverstein, 2004; Needlman et al., 2005; Zuckerman, 2009).

### ***3.1.2. Lacunas e barreiras***

Embora as recomendações clínicas para a disponibilização de aconselhamento antecipatório foquem claramente o desenvolvimento e adaptação socio-emocional da criança e isso seja reforçado por alguma evidência, nos contextos aplicados são identificadas várias lacunas e barreiras. Por um lado, alguns estudos internacionais têm verificado que os profissionais tendem a abordar mais o desenvolvimento global do que tópicos específicos, como as estratégias de disciplina, a literacia precoce ou a aprendizagem da higiene (Olson et al., 2004; Regalado & Halfon, 2001). Por seu turno, os pais reportam necessidades de aconselhamento não correspondidas em domínios como a disciplina, o sono, a aprendizagem da higiene ou a estimulação à aprendizagem (Bethell et al., 2004; Schuster et al., 2000; Young et al., 1998). Por outro lado, os profissionais apontam várias barreiras à disponibilização do aconselhamento antecipatório, nomeadamente limitações de tempo e falta de formação e orientações específicas nos conteúdos e técnicas de aconselhamento (Cheng, DeWitt, Savageau, & O'Connor, 1999; Nelson et al., 2003; Regalado & Halfon, 2001; Schor, 2004).

Portanto, as potencialidades do aconselhamento antecipatório para a promoção do desenvolvimento infantil não se têm traduzido em práticas sistemáticas. Alguns autores sugeriram medidas para melhorar a disponibilização desta intervenção, que passam essencialmente por uma escolha mais criteriosa dos tópicos a abordar, dando prioridade

a tópicos direcionados para as necessidades e riscos específicos da família e para os quais existe evidência disponível (Needlman, 2006; Nelson et al., 2003; Regalado & Halfon, 2001). Adicionalmente, foi apontada a necessidade de recorrer a modalidades complementares para disponibilizar a informação, como os materiais escritos (Needlman, 2006; Schor, 2004). Foi também sublinhada a necessidade de desenvolver protocolos para a abordagem dos diferentes tópicos, integrando mensagens apoiadas na evidência, de forma a garantir o fornecimento de informação adequada (Needlman, 2006; Schor, 2004). Finalmente, Nelson, Wissow e Cheng (2003) chamaram a atenção para a importância de levar a vigilância de saúde infantil para lá dos consultórios, referindo especificamente a oportunidade de disponibilizar aconselhamento antecipatório a partir de outros serviços comunitários utilizados pelas famílias, como os cuidados para a infância.

### **3.2. Disponibilização de informação através de materiais escritos**

A utilização de materiais escritos para disponibilizar informação aos pais acerca do desenvolvimento da criança e de formas de o apoiar é prática comum em alguns contextos e serviços com que as famílias têm contacto regular. Os materiais escritos têm sido utilizados como forma de reforçar o aconselhamento verbal mas também como forma principal de intervenção. Abordaremos aqui esta última forma de utilização.

Alguns trabalhos têm descrito a utilização de materiais escritos para disponibilizar informação breve dirigida a dificuldades específicas manifestadas pelos pais, como birras, problemas à hora das refeições ou dificuldades relacionadas com o sono (Moore et al., 2002; Seymour, Brock, During, & Poole, 1989). De uma forma geral, os estudos têm apontado que os pais consideram a informação útil e que este tipo de intervenção

tem um impacto positivo no comportamento e percepção de competência dos pais e no comportamento da criança (Moore et al., 2002).

Outra forma de utilização dos materiais escritos são as brochuras sobre o desenvolvimento (*age-paced newsletters*). Estas brochuras adotam a abordagem do aconselhamento antecipatório, fornecendo informação aos pais sobre o desenvolvimento e comportamento, de acordo com a idade da criança. As avaliações disponíveis incluíram pais de crianças do nascimento ao primeiro ano de idade e distribuíram as brochuras com uma regularidade mensal. Estes estudos verificaram que este tipo de disponibilização de informação era bem aceite pelos pais e tinha um efeito positivo nos conhecimentos e expectativas dos pais e na sua percepção de dificuldades do dia-a-dia (Cudaback et al., 1985; Riley et al., 1991; Waterston et al., 2009). Os pais consideravam também que as brochuras afetavam a sua confiança e os seus comportamentos parentais, mas estes não foram avaliados com indicadores específicos (Cudaback et al., 1985; Riley et al., 1991). Considerando estes resultados, foi apontado que esta estratégia de intervenção pode constituir uma primeira forma de disponibilização de informação, libertando tempo de aconselhamento direto para famílias com outros níveis de necessidade de apoio (Moore et al., 2002).

O *Bellevue Project for Early Language, Literacy and Education Success* também utilizou uma intervenção (*Building Blocks*) assente na disponibilização regular de informação através de materiais escritos a pais de crianças dos 0 aos 6 meses (Mendelsohn, Huberman, et al., 2011). Na modalidade de intervenção *Building Blocks*, os pais recebiam mensalmente uma brochura e um material de aprendizagem (i.e., brinquedo, livro, gravações de músicas infantis). As brochuras estavam orientadas para encorajar as interações entre os pais e a criança, fornecendo informação sobre o desenvolvimento, brincadeiras e atividades de estimulação, rotinas e parentalidade (e.g., dis-

ciplina). As famílias que receberam a intervenção evidenciaram melhorias na interação com a criança, nomeadamente na disponibilização mais precoce de brinquedos e na frequência de atividades de leitura (Mendelsohn, Huberman, et al., 2011).

Muito embora a utilização de materiais escritos seja prática comum em muitos serviços de apoio às famílias, alguns trabalhos têm apontado que muitos desses materiais não estão adequados ao nível de literacia das famílias (C. Arnold et al., 2006; Freda, 2005; Parrott & Glascoe, 2004). Na verdade, a produção de materiais escritos constitui uma tarefa exigente, que deve respeitar um conjunto de cuidados relacionados com a linguagem, o estilo, a organização e o desenho (DeWalt et al., 2010; Doak, Doak, & Root, 1996; Office of Communication & Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Por outro lado, os materiais escritos serão mais eficazes se estiverem dirigidos aos interesses e necessidades específicas dos seus utilizadores e se forem acompanhados por uma abordagem personalizada (Glascoe et al., 1998).

### **3.3. Exemplos de programas de educação parental**

Nesta secção, fornecemos alguns exemplos de programas que utilizam a educação parental como forma de intervenção, embora adotem modalidades diferentes para a disponibilização da mesma. Na secção dedicada aos exemplos de programas parentais é também possível encontrar exemplos de educação parental nos níveis um e dois do Triple P, uma vez que focam o fornecimento de informação aos pais acerca da parentalidade, de dificuldades comuns e de estratégias parentais específicas.

#### ***3.3.1. Parents as Teachers (PAT) Program***

O *Parents as Teachers* é um programa universal dirigido a pais durante os primeiros cinco anos de vida da criança, assente em visitas domiciliárias. Os técnicos do

programa fornecem informação aos pais acerca do desenvolvimento da criança em cada etapa e sugerem formas práticas de apoiar esse desenvolvimento, de lidar com comportamentos indesejáveis e de desenvolver relações positivas com a criança (Wagner & Clayton, 1999). O programa disponibiliza também outros serviços, como rastreio do desenvolvimento.

As avaliações do programa mostraram resultados positivos no desenvolvimento cognitivo e social da criança e também na preparação para a escolaridade e, mais tarde, no desempenho académico (Pfannenstiel, Seitz, & Zigler, 2003; Zigler, Pfannenstiel, & Seitz, 2008). Por outro lado, verificaram-se mudanças positivas nos conhecimentos dos pais acerca do desenvolvimento infantil e em alguns comportamentos, como contar histórias à criança (Pfannenstiel et al., 2003; Wagner & Clayton, 1999; Zigler et al., 2008).

### **3.3.2. *Healthy Steps for Young Children***

O programa *Healthy Steps* constitui uma iniciativa dirigida à melhoria da vigilância da saúde infantil, procurando integrar de forma sistemática serviços dirigidos ao desenvolvimento da criança. Para além de uma componente de vigilância e avaliação regular do desenvolvimento da criança, o programa contempla o fornecimento de informação aos pais de acordo com as suas necessidades, incluindo aconselhamento antecipatório e aconselhamento direcionado para dificuldades específicas. Essa informação pode ser disponibilizada individualmente, em sessões de grupo, em visitas domiciliárias, por telefone ou por escrito (Guyer et al., 2000). O programa utiliza uma abordagem focada em *teachable moments*, que constituem oportunidades para o fornecimento de informação e aprendizagem desencadeadas pelos próprios pais através dos seus comentários ou pedidos explícitos de apoio ou informação ou pelas observações que o profissional faz da criança (Guyer et al., 2000; Minkovitz et al., 2007).

Os resultados do programa mostraram efeitos positivos ao nível do desenvolvimento da linguagem, do comportamento e do sono da criança e ao nível das estratégias de disciplina utilizadas pelos pais (Minkovitz et al., 2003, 2007).

### **3.3.3. *Parenting Matters***

O *Parenting Matters* dirige-se a pais de crianças dos 2 aos 5 anos que manifestam preocupações com o comportamento da criança. A intervenção consiste na disponibilização de uma brochura e dois momentos de apoio telefónico de um técnico ao longo de seis semanas de intervenção. A brochura é composta por seis secções semanais, incluindo informação sobre o desenvolvimento da criança e diversas estratégias para melhorar o seu comportamento. Os telefonemas fornecem apoio na aplicação da informação das brochuras. A intervenção mostrou uma redução significativa nos problemas de comportamento da criança, mas não foram encontradas diferenças significativas nos comportamentos parentais (Reid et al., 2013).

## **4. O Caso das Intervenções Parentais Dirigidas ao Sono**

Tal como descrito no primeiro capítulo, os problemas de sono são muito prevalentes durante a infância e têm um impacto alargado e duradouro no bem-estar da criança e da família. Desta forma, várias iniciativas dirigidas à definição de estratégias para o alcance de melhor saúde das populações têm incluído a melhoria do sono infantil como forma de garantir melhores resultados de saúde para as crianças (e.g., *Healthy People 2020*, U.S. Department of Health and Human Services). Por outro lado, o sono infantil não só faz parte dos conteúdos habituais da vigilância de saúde infantil como a generalização da sua abordagem no contexto de intervenções parentais mais globais foi reco-



mendada como oportunidade para melhorar os hábitos e comportamentos de sono das crianças (Martin, Barajas, Brooks-Gunn, & Hale, 2011).

As intervenções dirigidas aos problemas de sono podem ser iniciadas por um profissional ou pelos pais, mas são essencialmente aplicadas pelos pais (Galland & Mitchell, 2010). O racional subjacente assume que educar os pais para aplicarem práticas empiricamente validadas será a chave para ajudar as crianças a dormirem bem (Galland & Mitchell, 2010). A educação dos pais neste domínio fundamenta-se também no papel parental para a manutenção das dificuldades relacionadas com o sono, procurando alterar as interações pais-criança relacionadas com o sono (Mindell, 1999; Sadeh, 2005). Nesta secção iremos abordar intervenções dirigidas à prevenção ou tratamento da insónia comportamental da infância em bebés e crianças de idade pré-escolar saudáveis.

#### **4.1. Tratamento de problemas de sono**

As intervenções comportamentais constituem a abordagem de excelência para as dificuldades relacionadas com o adormecer e despertares noturnos durante os primeiros anos de vida (Kuhn & Elliott, 2003; Mindell et al., 2006; Mindell, 1999; Morgenthaler et al., 2006). O principal objetivo destas intervenções é ajudar a criança a adormecer sem o envolvimento dos pais e a sossegar e reconciliar o sono sem apoio dos pais quando acorda durante a noite (Stein & Barnes, 2002). Desta forma, as intervenções comportamentais dirigidas a estes problemas incluem, geralmente, três componentes: (1) estabelecer uma hora de deitar consistente e adequada à idade da criança; (2) criar condições propícias ao sono, como uma rotina breve e consistente à hora de deitar e um ambiente envolvente adequado; (3) encorajar a criança a adormecer de forma autónoma.

Relativamente ao estabelecimento da hora de dormir, os pais são aconselhados a considerar dois aspetos: o número de horas que a criança precisa de dormir e a hora a

que habitualmente tem de acordar. Em relação ao número de horas de sono, os pais devem conhecer as recomendações habituais para a idade da criança (e.g., National Sleep Foundation, 2011), mas também estar atentos aos sinais de necessidades adicionais de sono da criança, como ter de ser acordada de manhã, ter dificuldade em ficar desperta ao acordar, fazer muitas birras ou “quebrar” muito em determinadas alturas do dia (Centre for Community Child Health, 2006a). Depois de estabelecido o número de horas de sono, os pais devem subtraí-lo à hora habitual de acordar para encontrarem a hora de dormir desejável. Quando existe um grande desfasamento entre a hora desejável e a hora habitual de adormecer, é recomendada a utilização de uma estratégia de *fading*. O procedimento consiste em começar por adiar a hora de deitar da criança, estabelecendo-a um pouco depois da hora a que a criança adormece habitualmente e associando uma rotina de sono adequada (Morgenthaler et al., 2006). O objetivo é conseguir que seja estabelecida a associação entre deitar e adormecer rapidamente. Quando a rotina de deitar está bem estabelecida e a criança adormece num período de 15 minutos, os pais vão fazendo aproximações graduais (e.g., 15/20 minutos) à hora desejável. A utilização deste procedimento desencadeou um aumento na duração do sono noturno (Piazza & Fisher, 1991)

Em relação à criação de condições propícias ao sono, habitualmente as intervenções recomendam uma série de medidas de higiene do sono. Nas crianças, as práticas de higiene do sono incluem estabelecer horários de adormecer e acordar consistentes, proporcionar atividade física durante o dia, evitar alimentos muito ricos em proteínas e bebidas com cafeína próximo da hora de dormir, disponibilizar um ambiente físico adequado ao sono (i.e., quarto sossegado, escurecido, com uma temperatura agradável e sem televisão) e utilizar uma rotina de deitar (Galland & Mitchell, 2010). Apesar de as

intervenções incluem recomendações desta natureza, as práticas de higiene do sono não têm sido avaliadas de forma isolada (Galland & Mitchell, 2010).

As rotinas de deitar envolvem a realização de um conjunto de atividades pela mesma ordem e sensivelmente à mesma hora todas as noites, incluindo atividades de cuidados (e.g., tomar banho, vestir o pijama, escovar os dentes) e atividades de prazer calmas (Centre for Community Child Health, 2006a). O início consistente destas atividades algum tempo antes da hora de deitar ajudará a criança a começar a sossegar e a preparar-se para dormir (Galland & Mitchell, 2010). Alguns autores utilizaram as rotinas de forma isolada, encontrando melhorias no sono da criança: menor período de latência, despertares menos frequentes, maior duração do sono noturno (Adams & Rickert, 1989; Mindell, Telofski, Wiegand, & Kurtz, 2009).

Finalmente, para ensinar a criança a adormecer de forma autónoma têm sido utilizadas diferentes intervenções, sendo que as diferentes formas de extinção e os despertares programados constituem as estratégias com maior suporte empírico (Mindell, 1999; Sadeh, 2005). Os procedimentos de extinção focam o papel da atenção parental na manutenção do problema de sono, pelo que a intervenção consiste na retirada dessa consequência positiva (Morgenthaler et al., 2006; J. Owens et al., 1999). A extinção tem sido aplicada em diferentes formatos, nomeadamente a extinção padrão, a extinção gradual e a extinção modificada (Caixa 3). Embora o procedimento de extinção padrão produza mudanças eficazes e duradouras, muitos pais têm dificuldade em aderir ao mesmo (Mindell, 1999; M. J. Reid, Walter, & O’Leary, 1999). Por essa razão, as formas alternativas de extinção têm sido apontadas como preferenciais, uma vez que combinam a eficácia com a aceitação/adesão parental (Mindell, 1999; J. Owens et al., 1999).

### Caixa 3

#### Procedimentos de extinção

**Extinção padrão.** Os pais devem ignorar sistematicamente os protestos ou pedidos da criança. Se a criança se levantar, os pais devem simplesmente voltar a conduzi-la para a cama sem interagir com ela.

**Extinção gradual.** Os pais devem intercalar a estratégia de extinção com conforto breve, diminuindo gradualmente a resposta às solicitações da criança. Depois de seguirem a rotina de sono e deitarem a criança, devem sair do quarto. Quando a criança protesta, chama ou faz um pedido, os pais devem ignorar por um período de tempo determinado e só depois vão junto dela, confortam-na brevemente e voltam a sair. Os períodos de tempo que os pais esperam antes de responder à criança podem ir aumentando gradualmente em cada noite (e.g., 2 minutos, 4 minutos, 6 minutos) ou ao longo de várias noites (e.g., na primeira noite, intervalos de 2 minutos; na segunda noite, intervalos de 5 minutos).

**Extinção com presença parental (*camping out*).** Este procedimento assume que as dificuldades da criança se associam a ansiedade de separação. Desta forma, os pais permanecem no quarto até a criança adormecer, mas ignoram os seus protestos de forma sistemática. Uma versão modificada deste procedimento prevê a redução gradual de medidas de conforto ativo para a criança adormecer (e.g., ser embalada, ter contacto físico com um adulto). Para isso, os pais devem distanciar-se progressivamente da criança até que seja capaz de adormecer sem a presença de um adulto (e.g., inicialmente, o adulto senta-se ou deita-se perto da criança e acaricia-a para dormir. Depois, o adulto fica perto da cama da criança até a criança adormecer, numa cadeira, mas já não a acaricia nem lhe toca. Quando a criança se habitua, o adulto vai mudando progressivamente a cadeira para um pouco mais longe da cama da criança até ficar fora do quarto).

Os despertares programados têm sido utilizados maioritariamente nas parassónias, mas também tem sido verificada a sua eficácia nos despertares noturnos quando não estão associadas outras dificuldades à hora de adormecer (Rickert & Johnson, 1988). O procedimento consiste em acordar a criança um pouco antes da hora a que habitualmente acorda de forma espontânea e depois voltar a fazê-la consolidar o sono usando a rotina de sono habitual. Quando a frequência dos despertares espontâneos diminui, o intervalo entre despertares programados é aumentado até que sejam eliminados (Centre for Community Child Health, 2006a; Morgenthaler et al., 2006).

## 4.2. Prevenção de problemas de sono

A literatura disponível sobre a prevenção de problemas de sono foca essencialmente intervenções dirigidas a pais de bebés para o estabelecimento de bons hábitos de sono (J. Owens et al., 1999). De uma forma geral, estas intervenções forneceram informação e aconselhamento aos pais sobre o estabelecimento de horários e rotinas de sono consistentes, a promoção da autonomia do bebé para adormecer e as repostas parentais aos despertares noturnos (Mindell, 1999; Morgenthaler et al., 2006; Sadeh, 2005). Os resultados destes programas mostraram que os bebés do grupo de intervenção dormiam mais horas seguidas durante a noite e acordavam menos vezes do que os bebés do grupo de controlo (Adair et al., 1992; Pinilla & Birch, 1993; Wolfson et al., 1992).

## 5. Dos Estudos de Eficácia à Disseminação ao Nível Populacional

As intervenções parentais têm evidenciado um impacto positivo ao nível do bem-estar das crianças, sendo apontada a necessidade da sua generalização à população em geral (Offord et al., 1998; T. Taylor & Biglan, 1998). Apesar dos programas de treino parental mostrarem de forma consistente efeitos positivos no comportamento da criança e dos pais (Barlow et al., 2010; Dretzke et al., 2009), a maior parte desses programas são muito exigentes (Cunningham et al., 1995; Foster et al., 2007). Desta forma, fica evidente a necessidade de os reservar para um determinado nível de necessidades e de identificar formas mais simples, fáceis e acessíveis de promover o desenvolvimento e adaptação infantil. Aliás, um trabalho recente de Metzler e colaboradores (2012) mostrou que os formatos de intervenção com pais mais apoiados pela evidência (i.e., programas de treino parental) não eram os preferidos dos pais. Na verdade, os pais classificaram os diferentes formatos de disponibilização de informação de acordo com a

seguinte ordem de preferência: programa televisivo, internet, materiais escritos, sessão parental isolada (*workshop*), manual, centro de recursos, grupo parental semanal, intervenção individual com terapeuta e visita domiciliária.

A utilização de abordagens integradas, combinando intervenções de intensidade variável, baseadas nas necessidades das famílias e acompanhando todo o espectro das intervenções em saúde mental tem sido largamente recomendada (Bayer et al., 2007; Costello & Angold, 2000; Embry, 2004; Sanders, 2012; Stewart-Brown & McMillan, 2010; T. Taylor & Biglan, 1998). Contudo, a eficácia de tais abordagens combinadas não tem sido muito investigada (Hiscock et al., 2012). Por outro lado, existe substancialmente menos evidência quanto ao efeito de intervenções de base universal (Cavaleri et al., 2011; Rapee, 2008; Stewart-Brown & McMillan, 2010).

A disponibilização de informação empiricamente validada foi apontada como uma alternativa para alcançar a população de forma mais generalizada (Metzler et al., 2012; T. Taylor & Biglan, 1998). A evidência relativa ao aconselhamento antecipatório e à utilização de materiais escritos tem revelado uma boa aceitação por parte dos pais e resultados promissores (Cudaback et al., 1985; Regalado & Halfon, 2001; Waterston et al., 2009). Seguindo estes dados, Stewart-Brown e McMillan (2010) organizaram as intervenções parentais eficazes de acordo com a população abrangida e os custos inerentes, integrando o aconselhamento antecipatório ao nível da prevenção universal e os programas de treino parental ao nível da prevenção seletiva ou indicada. Contudo, o suporte empírico para a disponibilização de intervenções universais de baixa intensidade assentes no fornecimento de informação é muito escasso, não permitindo concluir quais os conteúdos que devem ser disponibilizados a todas as famílias. Adicionalmente, a própria investigação relativa a programas parentais mais intensivos não tem permitido

identificar de forma consistente os mecanismos que explicam as mudanças (Forehand et al., 2013; Kaminski et al., 2008).

A investigação sobre o desenvolvimento infantil e os resultados das avaliações dos programas parentais têm permitido identificar claramente as grandes linhas de qualquer intervenção parental. De forma consistente, alguns autores têm apontado que uma forma de aumentar o alcance será através da disponibilização alargada de elementos breves das intervenções eficazes, que designam de vacinas comportamentais (Bertrand et al., 2008; Embry, 2004; Shapiro, 2013). Entre esses elementos conta-se um conjunto de estratégias relacionadas com a gestão do comportamento da criança, como o elogio descritivo e o isolamento, e o desenvolvimento de atividades partilhadas entre pais e crianças. Contudo, não se conhece suficientemente o impacto dessas práticas específicas no desenvolvimento e comportamento da criança, não se identificou o seu contributo relativo para os efeitos dos programas parentais (Barrera & Sandler, 2006; Forehand et al., 2013) e também não se sabe até que ponto esses elementos serão eficazes a desencadear mudanças se separados dos programas em que foram testados (Shapiro, 2013).

Os grandes progressos no desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções parentais não têm encontrado correspondência na identificação de estratégias efetivas de disseminação numa lógica populacional (Spoth et al., 2002). Embora alguns trabalhos tenham verificado que programas parentais baseados na evidência podem ser aplicados a uma maior proporção da população mantendo a sua efetividade (Lindsay et al., 2011; Ronald J Prinz et al., 2009; Sanders et al., 2008), os custos envolvidos e, eventualmente, a sobre alocação de serviços, inviabilizam a sua disponibilização a toda a população. A identificação de alternativas complementares debate-se com dois conjuntos de desafios. Por um lado, desenvolver intervenções eficazes, breves, de baixo custo e que não impliquem um grande esforço em termos de formação dos agentes que

as disponibilizam e de reorganização dos serviços a partir dos quais serão disseminadas. Ao mesmo tempo, é preciso garantir que essas intervenções respondem adequadamente às necessidades, preferências e condições de acessibilidade das famílias.



# **P**<sub>ARTE</sub> **II**

## **C**OMPONENTE **E**MPÍRICA



# CAPÍTULO IV

## Objetivos e Metodologia

### 2. Componentes e Objetivos

O presente trabalho adotou uma abordagem inspirada na saúde pública para a compreensão do desenvolvimento e comportamento da criança pequena e para a organização de propostas de intervenção. Uma abordagem de saúde pública está orientada para a população e para os determinantes da saúde e não apenas para os sintomas ou doenças (US Department of Health and Human Services, 1999). De forma consistente, são focados os fatores e condições que influenciam a saúde das populações, identificadas as variações na sua ocorrência e desenvolvidas ações para melhorar a saúde e bem-estar das populações (Miles, Espiritu, Horen, Sebian, & Waetzig, 2010). Assim, os serviços a disponibilizar devem cobrir todo o espectro das intervenções, incluindo a promoção da saúde, prevenção da doença, detecção e diagnóstico, tratamento e prestação de cuidados. Este trabalho foi organizado em diversas componentes que refletem esta abordagem.

Uma das etapas centrais de uma abordagem de saúde pública é a avaliação das necessidades da população, que guia a tomada de decisão quanto às intervenções a desenvolver e disponibilizar. Uma ferramenta utilizada para acompanhar o estado de saúde da população é a monitorização continuada dos problemas, no sentido de descrever a sua magnitude, características, consequências e determinantes, com destaque para os fatores modificáveis. Assim, a primeira componente deste trabalho teve precisamente objetivos de caracterização, descrevendo as necessidades dos pais ao nível do desenvolvimento e comportamento da criança e o papel do comportamento parental (Tabela 4).

**Tabela 4****Síntese dos objetivos de caracterização das necessidades de intervenção****Estudo sobre a relação entre comportamentos parentais e adaptação socio-emocional de crianças em idade pré-escolar**

- Caracterizar o ajustamento socio-emocional das crianças participantes.
- Descrever a frequência de utilização de vários comportamentos parentais (atividades partilhadas entre os pais e as crianças e estratégias de disciplina)
- Analisar as associações entre os indicadores de ajustamento socio-emocional das crianças e os comportamentos parentais.
- Identificar a contribuição única dos comportamentos parentais para os resultados da criança.

**Estudo sobre o sono infantil e comportamentos parentais**

- Descrever os padrões, hábitos e dificuldades relacionadas com o sono de crianças entre os 2 e os 5 anos de idade.
- Analisar as associações entre os padrões, hábitos e dificuldades relacionadas com o sono da criança e diferentes estratégias parentais de disciplina.
- Identificar o contributo individual das estratégias de disciplina para a qualidade, hábitos e problemas de sono da criança, controlando o efeito de variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas com o sono.

**Estudo sobre problemas de comportamento, sono infantil e comportamento parental**

- Analisar as associações entre problemas de comportamento, qualidade do sono (duração e dificuldades relacionadas com o sono) e comportamentos parentais (comportamentos relacionados com o sono e estratégias de disciplina).

- Identificar o contributo individual das variáveis de qualidade do sono para os problemas de comportamento da criança, controlando o efeito de comportamentos parentais específicos.

No âmbito da avaliação, outro elemento essencial, com relevância ao nível individual e populacional, é a deteção precoce de problemas. A literatura destaca claramente a importância dos pais para a deteção precoce e tomada de decisão, quer pelo seu papel facilitador do processo de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento, quer pela importância do seu envolvimento para a disponibilização de uma abordagem centrada nas necessidades da família. Assim, a segunda componente deste trabalho visou a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento (Tabela 5).

### **Tabela 5**

#### **Síntese dos objetivos de deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento**

##### **Estudos de validação do instrumento de rastreio – *Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)***

- Descrever a distribuição dos resultados do PEDS na amostra de pais portugueses.
- Comparar a distribuição dos resultados do PEDS na amostra portuguesa com a encontrada nos estudos originais do instrumento.
- Identificar os fatores sociodemográficos associados aos resultados no PEDS.
- Analisar a consistência interna do PEDS na amostra portuguesa.
- Analisar o acordo inter-codificadores.
- Analisar a validade dos resultados do PEDS em confronto com a identificação anterior de um problema de desenvolvimento.
- Analisar a validade convergente dos resultados do PEDS em relação a indicadores de ajustamento socio-emocional dados por um instrumento de rastreio de problemas de comportamento.
- Analisar a sensibilidade e especificidade do PEDS na deteção de problemas de desenvolvimento e comportamento.

##### **Estudo sobre o papel de diferentes formas de perceção de dificuldades pelos pais na identificação de problemas de adaptação socio-emocional da criança**

- 
- Descrever a frequência de duas formas de percepção parental de dificuldades: preocupações parentais e percepção de problemas.
  - Analisar as associações entre percepção parental de dificuldades, indicadores de adaptação socio-emocional, indicadores de gravidade e impacto e comportamentos parentais.
  - Identificar o contributo individual das variáveis de adaptação socio-emocional e dos comportamentos parentais para a percepção parental de dificuldades, controlando o efeito de variáveis sociodemográficas.
  - Analisar as discrepâncias entre percepção parental de dificuldades e indicadores de adaptação socio-emocional.
  - Identificar variáveis que contribuem para a discrepância entre percepção parental de dificuldades e indicadores de adaptação socio-emocional.
  - Analisar a concordância e discrepância entre preocupações parentais e percepção de problemas de comportamento.
  - Identificar correlatos da concordância e discrepância entre preocupações parentais e percepção de problemas de comportamento.
- 

**Estudo de desenvolvimento e avaliação do protocolo de deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento para crianças dos 2 aos 6 anos**

---

- Descrever o processo de implementação do protocolo de deteção precoce.
  - Descrever os principais resultados da aplicação do protocolo de deteção precoce: necessidades identificadas, níveis de risco e decisões.
- 

Finalmente, numa abordagem de saúde pública é necessário desenvolver e disponibilizar intervenções dirigidas às necessidades de toda a população e não apenas à população com maior nível de risco. Desta forma, a terceira componente deste trabalho dirigiu-se à construção, implementação e avaliação de uma abordagem ao desenvolvimento e comportamento da criança pequena, que integrasse a deteção precoce de necessidades e a disponibilização de intervenções de base universal (Tabela 6).

**Tabela 6****Síntese dos objetivos de intervenção**

<b>Estudo do desenvolvimento e avaliação do processo e impacto da intervenção</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Descrever o processo de construção e implementação da intervenção.</li> <li>■ Analisar a homogeneidade dos grupos antes da intervenção e o atrito.</li> <li>■ Analisar o impacto da intervenção nas preocupações parentais, indicadores de ajustamento socio-emocional da criança e comportamentos parentais.</li> <li>■ Descrever a satisfação dos pais com a intervenção.</li> </ul>

**2. Metodologia Geral****2.1. Desenho**

O presente trabalho dirigiu-se a objetivos de natureza distinta, com implicações ao nível do desenho de investigação. No que se refere às componentes relativas à caracterização e identificação de necessidades, foi adotado um desenho observacional, com propósitos descritivos e correlacionais.

Relativamente à componente de desenvolvimento e implementação de intervenções, foi utilizado um desenho comparativo não aleatorizado, com duas condições (grupo de intervenção e grupo lista de espera) e dois momentos de avaliação (pré-intervenção e pós intervenção). Considerando a natureza da intervenção a disponibilizar e o contexto de implementação, a alocação das famílias aos grupos de forma aleatória foi considerada desadequada tendo em conta o elevado risco de contaminação<sup>4</sup>. Aliás, este tipo de distribuição de acordo com a comunidade ou instituição a que os indivíduos pertencem é comum nas abordagens de saúde pública, em que não é possível ter um controlo tão elevado sobre o contexto de implementação (Fuemmeler, 2004).

<sup>4</sup> Na medida em que a intervenção a disponibilizar se baseava em materiais escritos, a probabilidade dos pais partilharem ou comentarem os materiais entre si era elevada. Por outro lado, foi manifestado algum desconforto por parte dos profissionais das instituições quanto ao tipo de justificação a dar aos pais no caso de nem todos terem acesso à intervenção no mesmo momento.

## **2.2. Participantes**

O recrutamento de sujeitos para este trabalho decorreu em dois momentos distintos. Foram selecionados pais de crianças a frequentar instituições de cuidados para a infância, com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos ou que se encontrassem a frequentar salas dirigidas a crianças de 2, 3, 4 ou 5 anos. A necessidade de flexibilizar o critério etário para a inclusão foi levantada pelas próprias instituições participantes, na medida em que existiam algumas crianças que ainda não tinham completado os 2 anos de idade, mas que estavam integradas já em grupos dessa idade. Essas crianças completariam os 2 anos no decorrer do estudo, pelo que foi considerado desadequado pelas instituições não oferecer aos pais a possibilidade de participação. Para além do critério etário, foram também considerados como critérios de inclusão ter devolvido o protocolo de consentimento assinado e dominar razoavelmente a língua portuguesa.

No primeiro momento, foram recrutados sujeitos para os estudos de validação dos instrumentos de rastreio, para os estudos psicométricos do Questionário de Atividades e Comportamentos Parentais e para parte dos estudos de caracterização. O segundo momento destinava-se a recrutar sujeitos para os estudos de implementação e avaliação do programa. Contudo, na medida em que a adesão no primeiro momento foi inferior ao esperado, os sujeitos recrutados no segundo momento participaram também nos estudos de validação e de caracterização. Assim, as amostras que constituem os estudos deste trabalho são compostas por sujeitos recrutados no primeiro e segundo momentos ou apenas no segundo (Figura 1).

## **2.3. Procedimentos**

Em julho de 2008, o projeto foi apresentado à direção do Agrupamento de Centros de Saúde dos Concelhos de Seixal e Sesimbra, no sentido de pedir a sua colabora-



ção para as várias etapas do projeto então planeado: desenhar, implementar e avaliar uma abordagem ao desenvolvimento e comportamento da criança pequena a partir da vigilância de saúde infantil. A direção concedeu autorização em setembro de 2008 e foram sugeridas três unidades de saúde para a realização do estudo exploratório. Nessa altura, o projeto foi apresentado aos coordenadores dessas unidades de saúde para planeamento do estudo exploratório, que decorreu durante o primeiro semestre de 2009. Os dados resultantes deste estudo contribuíram para a construção do Programa “De Pequeno...”, tendo sido parte deles discutida em Goes, Cortes e Barros (2010).

No último trimestre de 2008, foi estabelecido o contacto com a Doutora Frances Page Glascoe, autora dos instrumentos de rastreio que pretendíamos utilizar, e com a editora. Durante o primeiro trimestre de 2009, foi formalizada a autorização para os estudos de validação e subsequente estudo de implementação.

Uma série de constrangimentos e atrasos comprometeu a continuidade da colaboração com o Agrupamento de Centros de Saúde dos Concelhos de Seixal e Sesimbra nas etapas seguintes. Considerando que os constrangimentos encontrados eram generalizáveis a outras unidades de saúde, optou-se por redirecionar o projeto para contextos educativos, iniciando-se uma nova fase, que originou os estudos que integram este trabalho.

Desta forma, em julho de 2010, foram iniciados contactos com a Câmara Municipal de Silves, no sentido de auscultar a possibilidade de estabelecimento de colaboração. Em outubro de 2010, o projeto foi apresentado à Câmara Municipal de Silves, que em janeiro de 2011 disponibilizou apoio para a recolha de dados relativos aos estudos de validação dos instrumentos de rastreio nos jardins-de-infância da rede pública do concelho. Na sequência desta colaboração, foi solicitada autorização à Direção-Geral de Educação para a realização dos estudos de validação em jardins-de-infância da rede

pública. Uma vez obtida a autorização, o projeto foi apresentado aos Agrupamentos de Escolas de Armação de Pera, Algoz e São Bartolomeu de Messines, que aceitaram colaborar nos estudos de validação.

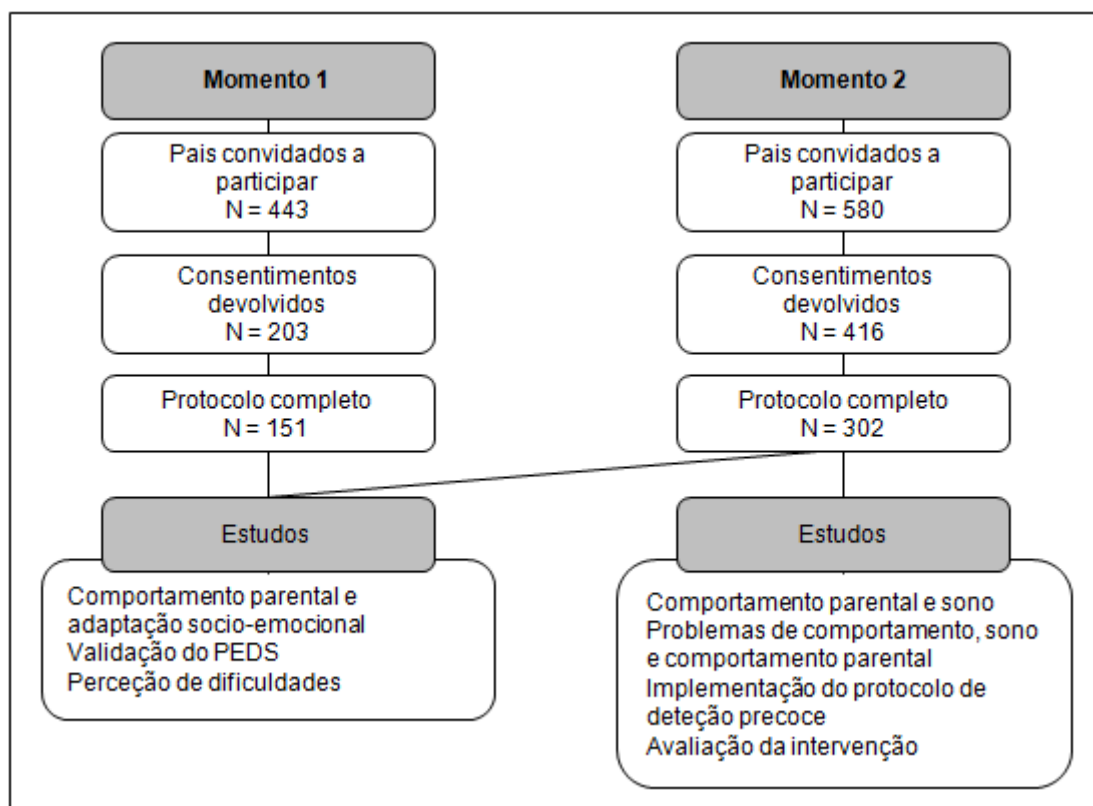
Após a obtenção da autorização das direções dos agrupamentos e apresentação do projeto aos responsáveis da educação pré-escolar de cada agrupamento, procedeu-se à apresentação do projeto aos pais e convite à participação. Todos os pais das crianças frequentadoras foram convidados a participar. O projeto foi apresentado pela educadora aos pais e foi-lhes entregue uma carta explicativa assim como o consentimento informado (Apêndice A). Uma vez devolvidos os consentimentos informado assinados, foram enviados para casa os protocolos de avaliação dos estudos de validação. Os questionários foram devolvidos em envelope fechado à educadora da criança e depois à investigadora (Figura 1).

Face à baixa taxa de resposta ao protocolo dos estudos de validação no concelho de Silves e tendo em conta as dificuldades inerentes à distância, foram iniciados novos contactos com o Agrupamento de Escolas de Vialonga em março de 2011. Nessa altura, foi obtida a colaboração dos jardins-de-infância deste agrupamento e replicado o processo descrito no parágrafo anterior.

No final de março de 2011 foram iniciados os contactos com a Fundação D. Pedro IV para solicitar a colaboração nos estudos de caracterização e nos estudos de implementação e avaliação do Programa “De Pequenino...”. Depois de obtida a autorização, o projeto foi apresentado às casas de infância da Fundação D. Pedro IV e às educadoras que iriam colaborar com o projeto. Posteriormente, o projeto foi apresentado aos pais pela investigadora em pequenas reuniões e foi-lhes pedido o consentimento escrito (Apêndice A). Depois de devolvido o consentimento, o protocolo de avaliação foi enviado para casa (Figura 1). As casas de infância foram distribuídas pelo grupo de

intervenção e grupo lista de espera. O grupo lista de espera só recebeu a informação de retorno acerca do processo de rastreio e respetiva intervenção depois da avaliação pós-intervenção. Os pais do grupo de intervenção receberam informação acerca do processo de rastreio e os materiais de intervenção correspondentes. Dezanove semanas após o preenchimento dos questionários iniciais, os pais receberam novo protocolo de consentimento (Apêndice B) e o protocolo de avaliação pós-intervenção.

Não foi dado qualquer incentivo financeiro ou material pela participação.



**Figura 1.**

Recrutamento de sujeitos para os diferentes estudos. As diferenças no número de participantes entre estudos prendem-se com a data de devolução e com as idades das crianças incluídas.

### ***2.3.1. Dificuldades***

Como em qualquer projeto de investigação, também este se deparou com um conjunto de dificuldades e obstáculos que obrigaram a algumas opções para dar continuidade ao trabalho.

Este trabalho começou por estar orientado para o contexto da vigilância de saúde infantil, pretendendo-se desenvolver, implementar e testar um programa que integrasse a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento, o aconselhamento antecipatório e o aconselhamento breve. Desta forma, foi necessário proceder a apresentações, pedidos de autorização pedidos de colaboração junto de várias instituições e profissionais, com toda a morosidade associada a este processo. Numa segunda etapa, foi necessário captar profissionais de saúde para o processo de implementação do programa. Depois de inúmeros esforços, compromissos e adiamentos, foi necessário abandonar esta linha de trabalho e encontrar alternativas.

Nessa altura, foram iniciados contactos com instituições de cuidados para a infância, com todos os procedimentos inerentes à obtenção de colaboração. Todo o trabalho de desenvolvimento do programa teve então de ser adaptado para um contexto e modalidade de implementação distintos. Considerando o contexto dos cuidados para a infância, a intervenção foi re-concebida para assumir a disponibilização sob a forma de materiais escritos. Por seu turno, todos os materiais que tinham sido desenvolvidos como instrumentos complementares de intervenção, tiveram de ser alterados para assumirem o caráter de intervenção principal.

Depois de iniciada a colaboração com as instituições de cuidados para a infância, deparámo-nos com um novo conjunto de dificuldades, desta feita relacionadas com a adesão. No primeiro momento de recrutamento, a investigadora seguiu o processo de recrutamento sugerido pelas instituições como sendo o menos perturbador para o seu

funcionamento. Dessa forma, o trabalho foi apresentado às direções dos agrupamentos de escolas e respetivos responsáveis da educação pré-escolar. Estes últimos assumiram a responsabilidade de comunicar a informação às educadoras e estas aos pais. Deste processo, resultou uma taxa de adesão muito inferior ao esperado.

No segundo momento de recrutamento, a investigadora apresentou pessoalmente o projeto à direção e educadoras de todas as instituições e subsequentemente aos pais. Este processo resultou em taxas de adesão muito variáveis entre instituições, muito dependentes dos processos de recolha utilizados por cada educadora (i.e., valorização do projeto e lembrete pessoal aos pais ou não) e da própria população servida pela instituição (i.e., famílias mais ou menos motivadas/sensibilizadas para a participação em projetos de investigação).

Relativamente ao estudo de implementação e avaliação do programa de intervenção, a adesão ao segundo momento de avaliação sofreu constrangimentos adicionais. Para além da perda habitual em projetos de intervenção sem um contacto com a equipa, o período do ano em que decorreu a recolha de dados contribui também para a fraca adesão. Para começar, o período coincidiu com um surto de varicela em várias instituições, com a consequente ausência das crianças, e depois com o início da fase de férias de crianças e profissionais (Maio/Junho). Adicionalmente, houve um conjunto de alterações à orgânica das instituições que foi iniciado nesse período, com a natural instabilidade e alterações nas rotinas e consequente dificuldade em garantir uma monitorização apertada da devolução dos protocolos de avaliação.

## **2.4. Instrumentos**

Os instrumentos utilizados neste trabalho serviram um duplo propósito: contribuir para os estudos de caracterização e identificação de necessidades e para a avaliação

da intervenção. Desta forma, era necessário selecionar instrumentos facilmente utilizáveis, aceitáveis, que permitissem acompanhar os resultados, que não implicassem uma grande sobrecarga em termos de protocolo de avaliação e que tivessem disponíveis dados de validação para a população portuguesa. Conforme descrito em baixo, estes critérios não se verificavam para parte dos indicadores que pretendíamos recolher.

O protocolo dos estudos de validação e da avaliação pré-intervenção incluiu os mesmos instrumentos: Parents' Evaluation of Developmental Status, Parents' Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones, Strengths and Difficulties Questionnaire, Questionário de Atividades e Comportamentos Parentais, Questionário de Sono da Criança Pequena e Ficha de Caracterização Sociodemográfica. O protocolo de avaliação pós-intervenção incluiu os seguintes instrumentos: Parents' Evaluation of Developmental Status, Strengths and Difficulties Questionnaire, Questionário de Atividades e Comportamentos Parentais, Questionário de Sono da Criança Pequena, Questionário de Satisfação com a Intervenção.

#### ***2.4.1. Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)***

*2.4.1.1. Nota introdutória sobre a seleção do instrumento.* A seleção de instrumentos para a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento obedeceu a um conjunto de critérios que importa discutir. Para começar, seguindo as recomendações da literatura, optámos por instrumentos baseados em informação disponibilizada pelos pais. Em segundo lugar, pretendíamos instrumentos de rastreio global, que permitissem uma abordagem aos vários domínios do desenvolvimento da criança e não uma focalização em problemas específicos, como atrasos do desenvolvimento da linguagem ou perturbações do espectro do autismo. Para além disso, procurávamos instrumentos que promovessem uma abordagem compreensiva, como proposto pelas orien-

tações da Academia Americana de Pediatria (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006), e centrada na família. Outra preocupação na seleção foi identificar instrumentos passíveis de preenchimento por famílias com baixos níveis de literacia. Um requisito obrigatório era a facilidade e rapidez de preenchimento e cotação. Pretendia-se também que os instrumentos pudessem ser utilizados em contextos diversos por profissionais com diferentes formações de base. Finalmente, na medida em que não conhecíamos instrumentos validados para a população portuguesa, procurávamos instrumentos com propriedades psicométricas adequadas nos seus estudos originais.

Seguindo os critérios referidos, selecionámos dois instrumentos: o *Parents' Evaluation of Developmental Status* (PEDS) e o PEDS: Developmental Milestones (PEDS:DM). A utilização combinada deste dois instrumentos permitiria simultaneamente recolher de forma sistemática as preocupações parentais e descrever o desempenho da criança em diferentes domínios. Contudo, os estudos iniciais com o PEDS:DM revelaram a necessidade de desenvolver estudos normativos mais abrangentes para a população portuguesa, pelo que este instrumento não foi mantido no protocolo base.

*2.4.1.2. Descrição do instrumento.* O PEDS (Apêndice C) é um instrumento de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento de banda larga, dirigido a crianças dos 0 aos 8 anos de idade. O PEDS baseia-se nas preocupações dos pais, resultando de investigação alargada evidenciando o valor preditivo das preocupações parentais para os problemas de desenvolvimento e comportamento (Glascoe & Dworkin, 1993; Glascoe, 1991). O questionário é constituído por dez itens. Oito itens abordam domínios do desenvolvimento discretos (linguagem expressiva, linguagem recetiva, motricidade fina, motricidade grossa, comportamento, sócio afetivo, autonomia e pré-

académico). As restantes questões têm uma formulação aberta, permitindo identificar preocupações mais globais. Os itens foram formulados para baixos níveis de literacia, possibilitando o preenchimento autónomo pela maioria dos pais. O PEDS também pode ser administrado sob a forma de entrevista (Glascoe, 2002).

Os estudos realizados com o PEDS têm permitido perceber a relação entre vários tipos de preocupações parentais e tipos de problemas de desenvolvimento, possibilitando a classificação das preocupações parentais em preditivas e não preditivas de dificuldades no desenvolvimento e comportamento da criança (Glascoe, 2002). Por exemplo, 72% das crianças com resultados positivos nos domínios discurso-linguagem tinha pais com preocupações acerca do desenvolvimento da linguagem expressiva e recetiva e 83 % das crianças com resultados negativos tinha pais sem preocupações nessa área do desenvolvimento; 70% das crianças com resultados positivos numa medida estandardizada para problemas do comportamento tinha pais com preocupações acerca do seu estado emocional e comportamental (Glascoe, 1991; Glascoe, MacLean & Stone, 1991).

A análise do tipo de preocupações reportadas pelos pais permite categorizar as crianças em trajetórias de risco, de acordo com o seu valor preditivo para problemas de desenvolvimento e comportamento. As crianças que seguem a trajetória A (duas ou mais preocupações preditivas) são consideradas em alto risco para problemas de desenvolvimento e é recomendado o encaminhamento para avaliação diagnóstica. As crianças que seguem a trajetória B (uma preocupação preditiva) consideram-se em risco moderado para problemas de desenvolvimento e é recomendado um rastreio de segundo nível. As que seguem a trajetória C (uma ou mais preocupações não preditivas) têm risco baixo para problemas de desenvolvimento mas elevado para problemas de comportamento, devendo-se disponibilizar aconselhamento breve aos pais e considerar o encaminhamento se as dificuldades se mantiverem e se a criança falhar um rastreio comportamental.



As crianças que seguem a trajetória D (sem preocupações, mas os pais têm dificuldades de comunicação ou baixos níveis de literacia) são consideradas em risco moderado e é recomendada a administração direta de instrumentos de rastreio à criança<sup>5</sup>. As crianças que seguem a trajetória E (sem preocupações) consideram-se em baixo risco para problemas de desenvolvimento e comportamento, devendo os pais receber o aconselhamento antecipatório habitual (Glascoe, 2000).

O PEDS tem sido descrito como um instrumento de vigilância e rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento. Por um lado, utiliza um elemento central da vigilância do desenvolvimento: as preocupações parentais. Por outro lado, permite a classificação das crianças em diferentes níveis de risco e a apoia a tomada de decisão: quando acalmar e dar segurança aos pais; quando vigiar a criança mais cuidadosamente; quando aconselhar os pais e em que tópicos; o que fazer quando o aconselhamento não é eficaz; quando proceder a avaliações complementares do desenvolvimento e comportamento; quando encaminhar e para que tipos de serviços (Glascoe, 2002). O PEDS consome pouco tempo de aplicação e cotação (cerca de dois minutos a aplicar), requer uma formação mínima, não exige qualquer tipo de equipamento especializado, é barato, bem aceite pelos pais e promove o envolvimento parental, pelo que é um instrumento adequado a uma abordagem de saúde pública (Christophersen, 2002; Glascoe, Foster, & Wolraich, 1997; Glascoe, 2000).

Os estudos originais do PEDS revelaram que tem propriedades psicométricas semelhantes às de outros testes de rastreio do desenvolvimento usados habitualmente: a sensibilidade varia entre os 74 e os 79% e a especificidade entre os 70 e 80% (Glascoe, 1997). Os estudos do instrumento revelaram um acordo entre observadores entre os

---

<sup>5</sup> Uma vez que neste trabalho o PEDS foi preenchido pelos pais de forma autónoma, a trajetória D não foi utilizada.

80% e os 100%, uma fidelidade teste-reteste excelente (88%) e um elevado nível de consistência interna ( $\alpha = 0.81$ ).

O PEDS tem sido traduzido para diversas línguas e utilizado em inúmeros países, revelando-se adequado para utilizar em contextos culturais distintos (para um resumo, consultar Glascoe, 2013).

*2.4.1.3. Desenvolvimento da versão portuguesa.* O PEDS foi traduzido para português por dois tradutores independentes. As duas traduções foram comparadas, originando uma versão conciliada, que foi retrovertida para inglês. A equivalência de conteúdo da retroversão em comparação com a versão original foi verificada, não sendo necessários ajustamentos adicionais. A versão final foi comentada por especialistas em desenvolvimento infantil e aplicada a 15 pais para testar a compreensão dos itens. Não foram necessárias alterações. Esta versão foi estudada com 151 pais, revelando-se aceitável e fácil de utilizar para os pais (Goes & Barros, 2011).

*2.4.1.4. Estudos de validação.* Nos estudos psicométricos da versão portuguesa do PEDS foram exploradas a validade e precisão, seguindo parcialmente os procedimentos dos estudos originais. A precisão refere-se à consistência das medidas e ao grau em que um instrumento está sujeito a erros de medida (Gregory, 2011). Os métodos mais frequentemente referidos na literatura para avaliar a precisão são a consistência interna, o teste-reteste, as formas paralelas e o acordo entre informadores ou entre avaliadores (Kline, 2005; Moreira, 2004). Neste trabalho, a precisão do PEDS foi avaliada com base na consistência interna e no acordo entre avaliadores.

A consistência interna foi analisada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach<sup>6</sup>, das correlações domínio-total e da correlação média inter-domínios. Relativamente ao alfa de Cronbach, vários autores têm apontado valores de .70 ou .80 como adequados (Kline, 2005; Moreira, 2004) e em alguns cenários das ciências sociais valores entre .50 e .60 são também considerados aceitáveis (Maroco & Garcia-marques, 2006; Ribeiro, 1999). George e Mallery (2003) propuseram as seguintes orientações: acima de .90 excelente; acima de .80 bom; acima de .70 aceitável; acima de .60 questionável; acima .50 pobre; inferior a .50 inaceitável. No caso específico dos instrumentos de rastreio, tem sido apontado que não se devem esperar coeficientes tão elevados como em instrumentos alargados, na medida em que a necessidade de utilizar instrumentos eficientes leva necessariamente a uma diminuição no número de itens, influenciando os valores do alfa de Cronbach (Kettler & Feeney-Kettler, 2011).

Para as correlações domínio-total, considerou-se um valor mínimo entre .20 (Floyd & Widaman, 1995) e .30 (Kettler & Feeney-Kettler, 2011; Moreira, 2004). Para a correlação média inter-domínios estabeleceu-se como indicador de adequação valores entre .20 e .40 (S. R. Briggs & Cheek, 1986). Este indicador é particularmente importante, na medida em que, ao contrário do alfa, não é afetado pela dimensão da escala (Moreira, 2004).

Considerando que a codificação do PEDS implica algum nível de julgamento por parte do investigador ou técnico, foi avaliada a consistência entre avaliadores. Uma vez que os resultados do PEDS assumem uma classificação dicotómica, a consistência entre avaliadores foi avaliada com recurso ao coeficiente *kappa* de Cohen.

A validade prende-se com o significado do resultado obtido com o instrumento, isto é, com a extensão em que o instrumento mede o que pretende medir e em que as

---

<sup>6</sup> Embora a fórmula de Kuder-Richardson seja a adequada para variáveis dicotómicas, o alfa de Cronbach constitui uma generalização dessa fórmula, pelo que a utilização do comando do SPSS para o cálculo do alfa de Cronbach fornece resultados adequados.

inferências feitas a partir do mesmo são apropriadas, significativas e úteis. Os tipos de validade mais referidos na literatura são a validade de conteúdo, a validade por referência a um critério e a validade de constructo. A validade de conteúdo expressa o grau em que os conteúdos incluídos no teste representam adequadamente o que se pretende medir (Moreira, 2004). Este tipo de validade não foi explorado nos estudos da versão portuguesa do PEDS, dada a sua forte relação com o processo de construção dos instrumentos. Contudo, a análise das correlações domínio-total realizada no âmbito da análise da consistência interna permitiu identificar alguma evidência deste tipo de validade.

A validade por referência a um critério refere-se à capacidade de um teste para estimar o resultado numa medida tomada por critério (Kline, 2005). No caso dos instrumentos de rastreio do desenvolvimento, esta forma de validade assume particular importância, uma vez que se pretende maximizar a deteção de problemas de desenvolvimento sem esperar pelas manifestações mais evidentes desses problemas nem recorrer a avaliações mais exigentes. A evidência deste tipo de validade pode ser dada pela correlação entre o resultado no teste e o critério, retendo apenas correlações estatisticamente significativas (Anastasi & Urbina, 1997). Neste trabalho foi analisada a validade concorrente, tomando por critério a identificação anterior de um problema de desenvolvimento (dada pelo relato dos pais quanto à integração da criança nas necessidades educativas especiais ou diagnóstico anterior de um problema de desenvolvimento). Muito embora o critério preferencial para avaliação da validade por referência a um critério fosse o resultado da criança numa avaliação diagnóstica, limitações de recursos e a ausência de instrumentos de diagnóstico de perturbações do desenvolvimento aferidos para a população portuguesa impossibilitaram a utilização deste tipo de critério.

A validade de constructo pretende avaliar em que medida os resultados dos testes representam os constructos teóricos que pretendem medir (Anastasi & Urbina,

1997). A determinação da validade de constructo implica múltiplos procedimentos, nomeadamente testar diferentes relações entre a medida em análise e outras medidas ou variáveis, previstas pela teoria ou evidência relativas ao constructo (Moreira, 2004). Neste trabalho, a validade de constructo foi explorada através da análise das correlações domínio-total e entre os domínios do PEDS, de modo a testar se existiam relações no sentido esperado. Por outro lado, o estudo das associações dos resultados do PEDS com variáveis sociodemográficas habitualmente associadas ao desenvolvimento da criança permitiu-nos também explorar a validade de constructo (e.g. tendo em conta a importância dos contextos de desenvolvimento da criança, o nível educacional da mãe tem sido associado ao desenvolvimento da criança). Foi também realizada a análise da validade convergente dos resultados do PEDS com os resultados numa medida de rastreio de problemas de comportamento.

Finalmente, a análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa do PEDS implicou a estimação da sensibilidade e especificidade, tomando por indicador o valor mínimo de 70% recomendado para os testes de rastreio do desenvolvimento (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002). Foi calculada a sensibilidade e especificidade do PEDS na identificação de um problema de desenvolvimento (tal como dada pela integração nas necessidades educativas especiais ou diagnóstico anterior de um problema de desenvolvimento) e de comportamento (tal como dado pelo resultado num instrumento de rastreio de problemas de comportamento).

#### ***2.4.2. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)***

*2.4.2.1. Nota introdutória sobre a seleção do instrumento.* Considerando que o PEDS é um instrumento de rastreio global, pretendíamos um instrumento de rastreio

específico de problemas de comportamento para avaliação da convergência dos resultados. Por outro lado, procurávamos um instrumento que nos permitisse caracterizar o comportamento das crianças e contribuir para os estudos descritivos.

Para além dos questionários de Achenbach, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ, Goodman, 1997) é um dos questionários de comportamento infantil mais utilizados à escala internacional e está traduzido e adaptado para a população portuguesa. As suas maiores vantagens são o facto de ser breve e abrangente, de fácil administração e cotação, as suas escalas e itens têm correspondência com as principais categorias e critérios dos sistemas de classificação diagnóstica atuais e está disponível em várias línguas de forma gratuita (Rothenberger & Woerner, 2004). Para além disso, a sua eficiência para rastreio de problemas de comportamento foi equiparada à dos questionários de Achenbach (Warnick, Bracken, & Kasl, 2008). Adicionalmente, as suas características aproximam-no mais das de um teste de rastreio, nomeadamente em termos de brevidade, facilidade e rapidez de preenchimento e de cotação. Aliás, o SDQ é listado como instrumento de rastreio inicial nas recomendações da Academia Americana de Pediatria para a deteção precoce de problemas de saúde mental, ao passo que os questionários de Achenbach são listados como instrumentos de avaliação (American Academy of Pediatrics, 2010).

A grande limitação do SDQ para este trabalho era o facto de não ser adequado para a avaliação de crianças abaixo dos 3 anos de idade. Contudo, a maioria dos instrumentos para rastreio e avaliação de problemas de comportamento está orientada apenas para uma das etapas incluídas neste trabalho: primeira infância ou idade pré-escolar. A única exceção que conhecemos que esteja simultaneamente traduzida e adaptada para a população portuguesa são os questionários de Achenbach. Contudo, estes questionários

não reuniam uma série de outros requisitos pretendidos, como descrito acima. Desta forma, optámos por incluir uma medida apenas para as crianças dos 3 aos 6 anos.

*2.4.2.2. Descrição do instrumento.* O SDQ é um questionário de rastreio de problemas de comportamento em crianças e adolescentes do 3 aos 16 anos de idade, que cobre um conjunto alargado de dimensões comportamentais (Goodman, 1997). Existem versões para pais, professores e para o adolescente – neste trabalho foram utilizadas as versões para pais 3-4 e 4-16 ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)).

A versão alargada do SDQ inclui 25 itens sobre sintomas e atributos positivos e um suplemento de impacto. Os 25 itens organizam-se em cinco escalas: (1) sintomas emocionais, incluindo problemas de somatização, preocupações, medos, ansiedade ou tristeza; (2) problemas de comportamento, como birras, desobediência, argumentação, agressividade; (3) hiperatividade, abarcando agitação, distração, impulsividade, dificuldades de atenção; (4) problemas de relacionamento com colegas, como isolamento, ter poucos amigos ou dificuldades de relacionamento; (5) comportamento pró-social, como empatia, partilha, apoio, gentileza. As primeiras quatro escalas geram uma pontuação total de dificuldades. Cada pontuação pode ser classificada como normal, limítrofe (acima do percentil 80) ou anormal (acima do percentil 90) (Goodman, 2001).

O suplemento de impacto recolhe a perceção dos pais acerca da presença de um problema. Se os pais reconhecerem a existência de um problema, devem responder a questões sobre cronicidade, perturbação global, impacto social (relacionado com a família, amigos, situações de aprendizagem e atividades de lazer) e sobrecarga para a família. Os itens sobre perturbação global e impacto social original uma pontuação de impacto. Os itens sobre cronicidade e sobrecarga familiar fornecem uma classificação de cronicidade e sobrecarga.

A versão original do SDQ foi estudada com uma amostra alargada de crianças e adolescentes dos 5 aos 15 anos de idade, revelando propriedades psicométricas adequadas e validade convergente relativamente a um diagnóstico psiquiátrico (Goodman, Renfrew, & Mullick, 2000; Goodman, 1999, 2001). Uma revisão de vários estudos sobre as propriedades psicométricas do SDQ em populações distintas revelou uma consistência interna satisfatória e evidências de validade concorrente, preditiva e discriminativa (Stone, Otten, Engels, Vermulst, & Janssens, 2010). O SDQ tem sido utilizado como instrumento de rastreio, evidenciando uma excelente especificidade e uma sensibilidade moderada (Goodman, 2000a). Um estudo recente sobre a utilização do SDQ com crianças em idade pré-escolar replicou a adequação das suas propriedades psicométricas (Ezpeleta, Granero, la Osa, Penelo, & Domènech, 2012).

*2.4.2.3. Versão portuguesa.* A versão portuguesa do SDQ tem sido largamente utilizada e estudada por vários autores, evidenciando resultados semelhantes aos dos estudos originais (Marzocchi et al., 2004). Embora estejam disponíveis dados normativos para crianças em idade pré-escolar portuguesas (Gaspar, manuscrito não publicado), neste trabalho utilizámos os percentis das diferentes escalas do SDQ calculados para esta amostra. Esta opção baseou-se na dimensão da nossa amostra e na proveniência diferente em termos geográficos. Para a nossa amostra, a consistência interna das escalas do SDQ foi comparável à encontrada noutros estudos, sendo o alfa de Cronbach de .76 para pontuação total de dificuldades.



### **2.4.3. *Questionário de Atividades e Comportamentos Parentais (Parental Behaviors and Activities Questionnaire – PBAQ)***

*2.4.3.1. Nota introdutória.* A disciplina e o envolvimento estão entre os aspetos mais abordados na literatura empírica sobre os efeitos do comportamento parental e constituem focos de intervenção habitual nos programas parentais (Locke & Prinz, 2002; Stewart-Brown & McMillan, 2010; Teti & Candelaria, 2002). Contudo, existe pouco acordo quanto à melhor forma de medir estes constructos (Hurley, Huscroft-D’Angelo, Trout, Griffith, & Epstein, 2013).

Neste trabalho pretendíamos avaliar o envolvimento dos pais em atividades com a criança e a utilização de estratégias de disciplina eficazes e ineficazes. Muitas das medidas mais utilizadas apresentam algumas características que limitavam a sua aplicabilidade a este trabalho: não incluem todos os aspetos que pretendíamos avaliar (por exemplo, focam estratégias de disciplina ineficazes mas não estratégias eficazes; focam a disciplina, mas não o envolvimento instrumental), podem não ser sensíveis à mudança decorrente de intervenções breves e de caráter universal, têm uma extensão muito alargada (Locke & Prinz, 2002; Socolar et al., 2004). Desta forma, seguimos a opção de outros autores (Guyer, Hughart, Strobino, et al., 2000; Sanders, Markie-Dadds, Rinaldis, Firman, & Baig, 2007) e desenvolvemos um instrumento breve, dirigido para a avaliação das práticas parentais específicas sob consideração.

*2.4.3.2. Descrição do instrumento.* Desenhámos um instrumento com 19 itens sobre atividades pais-criança e estratégias de disciplina, incluindo estratégias para encorajar comportamentos desejados e estratégias eficazes e ineficazes para reduzir comportamentos indesejados (Apêndice D). A resposta aos itens é feita numa escala de tipo *Likert*, com 5 pontos. Os itens relativos às atividades pais-criança são respondidos numa

escala de frequência semanal (nunca, um a dois dias por semana, três a quatro dias por semana, cinco a seis dias por semana, várias vezes por dia). Os itens relativos às estratégias de disciplina são respondidos numa escala de frequência geral (nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes, sempre).

Os itens do questionário derivaram da investigação sobre o papel do comportamento parental para os resultados da criança (O'Connor, 2002; Rothbaum & Weisz, 1994; Socolar, 1997), de dimensões habitualmente incluídas nos programas parentais (Guyer et al., 2000; Sanders, 2012), de recomendações para a promoção do desenvolvimento e ajustamento infantil (Canadian Paediatric Society Psychosocial Paediatrics Committee, 2002; Canadian Paediatric Society, 2004; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1998) e de outros questionários (e.g., The Parenting Scale, Arnold, O'Leary, Wolff, & Acker, 1993; The Discipline Survey, Socolar, Savage, Devellis, & Evans, 2004; Parent Behavior Checklist [PBC], Fox, 1994).

*2.4.3.3. Estudos iniciais do instrumento.* O questionário foi estudado com 451 pais de crianças dos 2 aos 6 anos de idade. A análise inicial dos itens revelou que a maioria dos itens apresentava uma amplitude de resultados que cobria toda a escala, com exceção dos itens elogio, atenção e palmada, que apresentavam frequência zero num dos níveis da escala. No que se refere às correlações inter-itens, todos os itens revelaram correlações estatisticamente significativas com alguns dos itens que compunham o questionário, mas correlações abaixo de .20 com uma parte importante dos itens. Por outro lado, também em relação às correlações item-total se encontraram valores abaixo de .20. Embora estes resultados não cumpram o limiar de .20 proposto por alguns autores (S. R. Briggs & Cheek, 1986; Floyd & Widaman, 1995), considerámos que eram consequência da natureza diversa dos comportamentos parentais sob avaliação

e, portanto, da multidimensionalidade do questionário. Aliás, nos estudos sobre questionários de comportamentos parentais, este tipo de indicadores psicométricos tende a ser observado apenas para conjuntos mais restritos de itens, agregados em escalas.

Assim, apesar de dispormos de um número limitado de itens e de haver o interesse de avaliar práticas parentais específicas, interessou-nos também perceber os padrões de correlações entre essas práticas e as variáveis subjacentes à sua organização. Desta forma, o questionário foi sujeito a procedimentos de análise de componentes principais com rotação *varimax*, ensaiando-se diferentes soluções. Utilizou-se como critério de retenção de componentes a existência de fatores com um número mínimo de 3 itens. Para definir a pertença de um item a um fator, foi utilizado o critério de peso fatorial superior a 0.30. No caso de itens que apresentavam uma saturação superior a 0.30 em vários fatores, a pertença foi definida pelo peso fatorial mais elevado, exceto quando o valor de saturação era muito semelhante – nessas situações, o item foi abandonado. Nas situações em que o abandono de um item aumentava o alfa de Cronbach do fator, esse item foi eliminado.

Os itens sobre contar histórias à criança e manter uma rotina de sono foram eliminados da análise fatorial por não revelarem correlações superiores a .20 com a maioria dos itens – esse nível de correlação só se verificava entre os dois itens. Para além disso, a sua eliminação aumentava o alfa de Cronbach da escala. O item sobre abraçar a criança como forma de reduzir comportamentos desadequados foi eliminado, uma vez que apresentava um peso fatorial muito semelhante em dois fatores.

A medida de adequação de Keiser-Meyer-Olkin foi de 0.61 e o teste de Bartlett foi significativo ( $p < .001$ ), apontando a existência de uma correlação razoável entre as variáveis. Seleccionámos a solução com cinco fatores, por ser a que cumpria os critérios definidos em termos de número mínimo de variáveis (Tabela 7). Para os itens sobre

atividades pais-criança, foi extraído um fator – envolvimento. Para os itens sobre estratégias de disciplina foram extraídos quatro fatores: encorajamento, inconsistência, estabelecimento de limites e disciplina severa. Em cada escala, todas as correlações médias inter-item e todas as correlações item-total revelaram valores acima de .20.

**Tabela 7**  
**Estrutura fatorial do questionário**

Item	1	2	3	4	5
Conversar	<b>.71</b>				
Cantar	<b>.69</b>				
Brincar	<b>.65</b>				
Elogiar a criança	.39		<b>.48</b>		
Dar um prémio			<b>.68</b>		
Dar um privilégio			<b>.78</b>		
Dar atenção especial	.39		<b>.63</b>		
Ignorar ou fingir que não vê					<b>.73</b>
Distrair a criança com outra atividade					<b>.72</b>
Ameaçar castigar a criança mas não cumprir		.37			<b>.47</b>
Dizer à criança para parar de se portar mal				<b>.69</b>	
Aplicar uma consequência				<b>.78</b>	
Colocar a criança num local sozinha durante algum tempo				<b>.65</b>	
Dar uma palmada		<b>.77</b>			
Bater várias vezes com a mão ou com um objeto		<b>.73</b>			
Gritar ou ficar zangado		<b>.63</b>			
% de variância explicada	14.44	13.12	10.87	8.8	7.5
% total de variância explicada: 54.75%					
$\alpha$ de Cronbach	.54	.60	.57	.57	.50

Embora a consistência interna das escalas obtida pelo alfa de Cronbach tenha revelado níveis pobres a questionáveis, optou-se por manter a sua utilização por vários motivos. Para começar, a própria natureza do comportamento parental e o facto de ser

específico de contextos e situações concretas acarreta algum nível de inconsistência. Aliás, algumas revisões de literatura sobre medidas de avaliação do comportamento parental mostram níveis muito variáveis de consistência interna entre instrumentos e a existência de valores de alfa com níveis questionáveis (entre .50 e .69), mesmo em instrumentos largamente utilizados (Hurley et al., 2013; Locke & Prinz, 2002). Em segundo lugar, aumentar os valores de alfa implicaria necessariamente o aumento do número de itens, indo completamente contra um dos propósitos da construção do instrumento. Finalmente, a análise das correlações médias inter-itens e item-total em cada escala revelou valores aceitáveis (S. R. Briggs & Cheek, 1986; Floyd & Widaman, 1995), o que constitui também um indicador importante de consistência interna (Clark & Watson, 1995).

*2.4.3.4. Utilização dos dados do questionário.* Considerando o propósito inicial da construção do questionário, em parte dos estudos realizados considerámos os dados relativos aos itens de forma independente. Por outro lado, decorrendo da análise fatorial do questionário, utilizámos também a pontuação de cada escala. Dada a baixa correlação entre itens de escalas diferentes, não foi utilizada uma pontuação total do questionário.

#### ***2.4.4. Questionário de Sono da Criança Pequena (Toddlers and Preschoolers Sleep Questionnaire – TPSQ)***

*2.4.4.1. Nota introdutória.* A necessidade de incluir uma medida relacionada com o sono infantil foi despoletada pelos dados do estudo inicial com o PEDS, em que foi identificada uma frequência muito baixa de preocupações parentais com o sono, que contrastava com as afirmações encontradas na literatura. Desta forma, pretendia-se reco-

lher informação sobre a percepção parental acerca do sono da criança, padrões, hábitos e dificuldades de sono mais comuns nesta etapa do desenvolvimento (i.e., dificuldades no adormecer, despertares noturnos, pesadelos, terrores noturnos) bem como sobre os comportamentos parentais à hora de dormir. A utilização de questionários baseados no relato parental constitui uma medida comum na literatura acerca do sono da criança pequena (Schreck, Mulick, & Rojahn, 2003).

Existe uma grande diversidade de questionários sobre o sono infantil, mas não existe propriamente um *gold standard* que seja aplicável às etapas contempladas neste trabalho – primeira infância (*toddlerhood*) e idade pré-escolar. Por outro lado, os questionários mais utilizados tendem a incluir dimensões que não pretendíamos avaliar (e.g., perturbações não comportamentais do sono, como perturbações respiratórias do sono) e a não incluir manifestações mais normativas do sono infantil (e.g., pesadelos e terrores noturnos). Para além disso, muitos desses instrumentos não permitem avaliar os padrões de sono da criança nem descrever todos os hábitos de sono e comportamentos parentais pretendidos. Finalmente, muitos dos questionários existentes não dispõem de informação suficiente do ponto de vista psicométrico (Spruyt & Gozal, 2011a). Desta forma, seguindo as necessidades do nosso trabalho e as recomendações de parcimónia de Spruyt e Gozal (2011b) optou-se pela construção de um questionário que respondesse às necessidades deste trabalho. O questionário desenvolvido está apenas dirigido a objetivos de investigação e não a objetivos de natureza clínica.

*2.4.4.2. Descrição do instrumento.* O conteúdo do questionário derivou da investigação sobre padrões, hábitos, dificuldades de sono e comportamentos parentais relacionados com o sono durante a infância (J. Owens & Witmans, 2004; J. Owens, 2008; Sadeh & Sivan, 2009; Touchette et al., 2009) e de outros questionários (e.g., The Brief

Infant Sleep Questionnaire [BISQ], Sadeh, 2004; The Children's Sleep Habits Questionnaire [CSHQ], Goodlin-Jones, Sitnick, Tang, Liu, & Anders, 2006; Owens, Spirito, & McGuinn, 2000; The Behavioral Evaluation of Sleep Scale [BEDS], Schreck et al., 2003; The Tayside Children's Sleep Questionnaire, McGreavey, Donnan, Pagliari, & Sullivan, 2005). Por outro lado, a estrutura dos itens e respetiva escala de resposta foi definida considerando os critérios para as perturbações do sono no grupo etário alvo. Neste âmbito, foi utilizada a Classificação Internacional de Problemas de Sono (American Academy of Sleep Medicine, 2005) e a proposta de Gaylor, Burnham, Goodlin-Jones e Anders (2005) para uma classificação desenvolvimentista dos problemas de sono das crianças pequenas (ver Capítulo 1).

O Questionário de Sono da Criança Pequena inclui 20 itens (Apêndice E). Os itens relacionam-se com a perceção parental acerca do sono da criança (não é um problema, é um problema moderado, é um problema severo), os padrões de sono (horário de sono noturno, sono diurno, período de latência), os hábitos de sono (local de sono), os comportamentos parentais relacionados com o sono (regularidade do horário de dormir, utilização de rotinas de sono, local de sono e estratégias usadas ao deitar) e as dificuldades relacionadas com o sono (resistência ao deitar, dificuldades para adormecer, despertares noturnos, pesadelos, terrores noturnos). Uma parte dos itens solicita o fornecimento de dados concretos (e.g., horário de adormecer), outra parte fornece um conjunto de escolhas de resposta e um terceiro conjunto utiliza uma escala com três pontos, de frequência semanal (raramente, 0-1 vez por semana; algumas vezes, 2-4 vezes por semana; muitas vezes, 5-7 vezes por semana).

A opção pelos diferentes formatos de resposta teve várias justificações. No que diz respeito aos padrões de sono, o fornecimento dos horários de adormecer e acordar constituía uma alternativa mais flexível (e eventualmente menos sujeita à desejabilidade

social) do que solicitar o número de horas de sono. Relativamente ao local e método de adormecer, pareceu-nos que o fornecimento de um conjunto de alternativas acederia mais facilmente aos hábitos preferenciais do que a desmultiplicação dessas alternativas em itens distintos classificados numa escala ordinal. Desta forma, o questionário final proporciona um conjunto de medidas relacionadas com o sono e não uma pontuação única ou um conjunto de pontuações associadas apenas a quadros diagnósticos.

*2.4.4.3. Estudos iniciais do instrumento.* Considerando o momento tardio em que foi identificada a necessidade de construir este instrumento, apenas foi feita uma análise inicial das suas propriedades, a partir da amostra de 297 pais. A análise inicial dos itens revelou que todos os itens apresentavam uma amplitude de resultados que cobria todas as alternativas de resposta, embora algumas alternativas apresentassem frequências de resposta muito baixas, mas de acordo com o esperado (e.g., os itens relacionados com os pesadelos e terrores noturnos apresentavam uma frequência muito baixa no nível da escala de maior frequência). Os itens relativos às dificuldades de sono foram sujeitos a procedimentos adicionais, com a finalidade de construir escalas de dificuldades de sono.

*2.4.4.4. Construção das escalas de dificuldades de sono.* Para construirmos um indicador de dificuldades de sono, começámos por categorizar algumas variáveis cuja resposta era fornecida de forma contínua. Especificamente, as variáveis relativas ao período de latência do sono foram categorizadas numa escala de três pontos: 1 – menos de 20 minutos para adormecer; 2 – entre 20 e 30 minutos para adormecer; 3 – mais do que 30 minutos para adormecer. A variável referente ao número de despertares noturnos foi categorizada da seguinte forma: 1 – nenhum; 2 – um; 3 – dois ou mais. Desta forma, ficámos com oito itens que remetiam para dificuldades de início e manutenção do sono.



O passo seguinte foi proceder à análise dos itens, na amostra de 297 crianças. A análise inicial dos itens revelou que todos os itens apresentavam uma amplitude de resultados que cobria toda a escala. A análise das correlações inter-item e item-total levou à eliminação do item relativo ao período de latência após um despertar noturno, por revelar correlações abaixo de .20 com os restantes itens e com o total da escala. O conjunto de nove itens revelou uma consistência interna, tal como dada pelo alfa de Cronbach, de .72. Por outro lado, foi encontrada uma correlação média inter-item moderada ( $r = .24$ ), consistindo um indicador adicional de consistência interna.

Os nove itens retidos após a análise inicial dos itens foram sujeitos a análise fatorial de componentes principais com rotação varimax, utilizando como critério de retenção saturações superiores a 0.30. O item relativo à alimentação durante a noite foi eliminado por apresentar uma saturação no fator bastante mais baixa do que os restantes e porque a sua eliminação aumentava o alfa de Cronbach.

Considerando a solução final submetida a análise fatorial, a medida de adequação de Keiser-Meyer-Olkin foi de 0.67 e o teste de Bartlett foi significativo ( $p < .001$ ), apontando a existência de uma correlação razoável entre as variáveis. Os oito itens organizaram-se numa solução em três fatores, explicando 68.2% da variância (Tabela 8). A correlação média inter-itens foi de .24 e todas as correlações item-total revelaram valores acima de .20. O alfa de Cronbach para a escala total foi de .698.

**Tabela 8**

**Estrutura fatorial do TPSQ**

Item	Dificuldades	Despertares	
	ao adormecer	noturnos	Parassónias
A criança resiste a ir para a cama à noite	.82		
A criança tem dificuldade para adormecer	.84		
Quanto tempo é que a criança demora a	.75		

adormecer			
A criança acorda durante a noite		.87	
Quantas vezes por noite é que a criança acor- da		.75	
A criança vai para a cama dos pais durante a noite		.72	
A criança acorda durante a noite a gritar, a chorar, a suar e inconsolável			.81
A criança acorda durante a noite assustada com um pesadelo			.89
% de variância explicada	24.78	24.05	19.59
$\alpha$ de Cronbach	.72	.70	.70

*2.4.4.5. Utilização dos dados do questionário.* Os itens relativos aos padrões e hábitos de sono e aos comportamentos parentais relacionados com o sono foram considerados como variáveis isoladas, tendo sido realizadas algumas recodificações e criadas novas variáveis. Para o local de dormir foram criadas duas variáveis “partilha de quarto” e “partilha de cama”. Para as estratégias relacionadas com o adormecer foram criadas duas novas variáveis: “conforto” e “conforto ativo”. Os itens relativos às dificuldades de sono foram tratados como escalas. Adicionalmente, foi construída uma variável para a resistência ao deitar, conjugando a frequência semanal (i.e., 5-7 vezes por semana) com o período de latência do sono (i.e.,  $\geq 20$  minutos).

#### ***2.4.5. Ficha de caracterização***

Para a recolha de informação geral sobre a criança e a família, foi utilizado um questionário geral (Apêndice F). Relativamente à criança, foi recolhida a seguinte informação: idade, sexo, ordem na fratria, agregado familiar, integração nas Necessidades Educativas Especiais, existência de problemas de saúde importantes, diagnóstico anterior de um problema de desenvolvimento, apoio de serviços especializados (e.g.,

psicologia, pedopsiquiatria, terapia da fala). No que se refere aos pais, foi recolhida a seguinte informação: situação conjugal, idade, escolaridade, situação face ao emprego e número de filhos.

#### ***2.4.6. Questionário de Satisfação com a Intervenção***

Para a recolha da opinião dos pais acerca dos materiais escritos, foi desenvolvido um instrumento com duas secções. A primeira secção foi enviada a todos os pais e dizia respeito à avaliação dos materiais escritos distribuídos a todos os pais. A segunda secção foi enviada apenas aos pais que receberam materiais relacionados com as suas preocupações. O questionário aborda a qualidade e utilidade dos materiais disponibilizados, o nível em que os pais leram os materiais, até que ponto os materiais lhes forneceram informação relevante e a perceção dos pais quanto ao impacto dos materiais nos seus comportamentos (Apêndice G).

### **2.5. Procedimentos de análise**

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, recorrendo a diferentes testes, seleccionados em função dos objetivos, das características das variáveis e da verificação dos pressupostos. No caso das variáveis intervalares, uma vez que não cumpriam o pressuposto de normalidade, foram testadas várias transformações, mas continuou a verificar-se uma assimetria e curtose muito substanciais. Desta forma, foram utilizadas análises não paramétricas. A identificação detalhada dos testes estatísticos utilizados é realizada na secção de metodologias de cada um dos artigos apresentados nos capítulos seguintes. Para além das análises realizadas para os estudos principais, foi necessário realizar algumas análises complementares que não foram descritas nos artigos e que são resumidas na Tabela 9.

**Tabela 9****Síntese das metodologias de análise de dados dos estudos complementares**

<b>Estudos complementares</b>	<b>Análises</b>
■ Avaliar as características psicométricas do Questionário de Atividades e Comportamentos Parentais	Estatística descritiva dos itens Análise de componentes principais com rotação Varimax Correlação inter-item Correlação item-total Cálculo do alfa de Cronbach
■ Construir as escalas do TPSQ e avaliar as suas propriedades psicométricas	Estatística descritiva dos itens Análise de componentes principais com rotação Varimax Correlação inter-item Correlação item-total Cálculo do alfa de Cronbach
■ Avaliar as características psicométricas do SDQ com a amostra do estudo	Cálculo do alfa de Cronbach Cálculo dos percentis

Valores-p interiores a .05 foram considerados estatisticamente significativos. Os dados foram analisados com recurso ao *PASW Statistics 18* para *Windows*.

### 3. Programa “De Pequenino...”

#### 3.1. Protocolo de deteção precoce

Seguindo as recomendações da literatura (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006), foi organizada uma abordagem à deteção precoce em duas etapas. A primeira etapa implicou a administração universal do PEDS, permitindo simultaneamente a recolha das preocupações parentais e a classificação das crianças em níveis de risco, de acordo com o algoritmo proposto pela autora (Glascoe, 2002). Para as crianças classificadas nas trajetórias C ou E, esta constituiu a única etapa do protocolo. No caso das

crianças classificadas nas trajetórias A ou B, foi recolhida informação adicional numa entrevista com um ou ambos os pais. Em qualquer das situações, os pais receberam informação de retorno acerca dos resultados do rastreio (Apêndice H). Como referido, uma vez que o PEDS foi preenchido de forma autónoma pelos pais, não foi possível considerar a possibilidade de baixa literacia prevista na trajetória D do algoritmo.

### ***3.1.1. Entrevista com os pais***

A entrevista com os pais foi organizada num formato semi-estruturado e dirigiu-se à exploração das preocupações dos pais. Foram seguidas as recomendações da Academia Americana de Pediatria relativamente à identificação precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento (Council on Children with Disabilities et al., 2006; J. Foy, 2010).

Numa fase introdutória, foi feito um enquadramento breve da entrevista e respetivos objetivos (e.g., “Como se recordam, preencheram alguns questionários no âmbito do nosso projeto. Esses questionários permitem-nos fazer uma fotografia muito geral do desenvolvimento e comportamento da criança e identificar possíveis sinais de alarme. Sempre que as repostas dos pais nos deixam dúvidas ou evidenciam a existência de possíveis sinais de alarme, nós pedimos aos pais para reunirem connosco para esclarecermos um pouco melhor e para percebermos como podemos disponibilizar algum apoio. No caso do(a) vosso(a) filho(a), aquilo que nos levou a chamar-vos foi...”).

Seguidamente, cada preocupação expressa no PEDS foi explorada, pedindo aos pais para disponibilizarem informação adicional: descrição breve do problema, frequência, intensidade, duração, impacto na criança e na família, tentativas anteriores e acontecimentos de vida. Para cada domínio, foi também verificada a presença de sinais de alerta para problemas de desenvolvimento e comportamento, seguindo propostas para a

vigilância do desenvolvimento (Easton, Green, Ollen, Thomson-Mintz, & Waddell, 2009). Adicionalmente, o PEDS: Developmental Milestones Assessment Level (Glascoe & Robertshaw, 2008) foi administrado por relato parental. No final da entrevista, foi dada oportunidade aos pais de partilharem preocupações, questões ou dúvidas adicionais.

### ***3.1.2. PEDS: Developmental Milestones (PEDS:DM) Assessment Level***

*3.1.2.1. PEDS: Developmental Milestones.* O PEDS:DM Assessment Level é a versão extensa do PEDS:DM. O PEDS:DM é um instrumento de vigilância e rastreio do desenvolvimento baseado em marcos do desenvolvimento (Glascoe & Robertshaw, 2008). O PEDS:DM foca-se em marcos do desenvolvimento críticos, mas os seus pontos de corte estão ao nível do percentil 16, o que significa que 84% das crianças de cada nível etário desempenha a tarefa com sucesso. Portanto, não deve ser entendido como um descritor do desenvolvimento médio (como é o caso das listas de marcos do desenvolvimento), mas sim como um instrumento que estabelece uma fronteira entre os limites mais baixos do desenvolvimento normal e os desempenhos abaixo do desenvolvimento normal (Glascoe & Robertshaw, 2008).

O PEDS:DM é aplicável dos 0 aos 7 anos de idade. É constituído por 6 a 8 itens por cada nível etário, dirigindo-se cada item a um domínio do desenvolvimento da criança (motricidade fina/grossa, autonomia, aprendizagem escolar, linguagem expressiva/recetiva, comportamento/sócio-emocional). A cotação dos itens é feita com base em critérios claros e específicos. Tem pontos de corte que permitem detetar atrasos do desenvolvimento. Permite fazer uma vigilância longitudinal do desenvolvimento da criança, salientando as suas forças e dificuldades (Glascoe & Robertshaw, 2008).

A administração do PEDS:DM pode ser feita por auto-relato parental, em formato de entrevista, por observação ou por aplicação direta à criança. A aplicação toma cerca de 5 minutos e a cotação um minuto (Glascoe & Robertshaw, 2008).

O PEDS:DM foi validado utilizando como critério medidas diagnósticas do desenvolvimento infantil. Apresenta propriedades psicométricas adequadas, evidenciando níveis de sensibilidade e especificidade entre os 70 e 95% entre domínios e níveis etários (Glascoe & Robertshaw, 2008).

*3.1.2.2. Versão portuguesa do PEDS:DM.* O PEDS:DM (Apêndice I) foi traduzido para português por duas tradutoras independentes. As duas traduções foram comparadas, dando origem a alguns ajustes numa versão conciliada. Esta versão foi sujeita a retroversão, com verificação posterior da equivalência de conteúdo e introdução das alterações necessárias na versão portuguesa.

A versão portuguesa resultante foi testada com dez pais de crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos com o objetivo de testar a clareza do vocabulário utilizado, a compreensão dos itens e a facilidade de utilização do instrumento pelos pais. As dificuldades encontradas foram discutidas com a autora, tendo sido feitas ligeiras alterações à formulação dos itens.

A versão final do PEDS:DM foi estudada com 151 pais para comparação do padrão de respostas com o encontrado na versão original. Com este primeiro estudo, encontrou-se uma percentagem de crianças que não passavam no instrumento de rastreio muito superior à dos estudos originais. O padrão encontrado foi discutido com a autora. Considerou-se que o desempenho das crianças portuguesas num conjunto de itens estaria a ser afetado pela natureza dos desafios a que as crianças portuguesas estão expostas durante a educação pré-escolar. Na verdade, o PEDS:DM prevê que a criança

seja capaz de dominar um conjunto de competências pré-acadêmicas, que não estão previstas na organização da educação pré-escolar em Portugal. Desta forma, foi identificada a necessidade de introduzir alterações na organização dos formulários para cada grupo etário. Assim, no segundo momento de recrutamento, os pais preencheram dois formulários para cada criança: um relativo ao grupo etário da criança (conforme definido na versão original do PEDS:DM) e um relativo ao grupo etário imediatamente anterior. Os dados resultantes deste estudo não são apresentados neste trabalho.

*3.1.2.3. PEDS:DM Assessment Level.* O PEDS:DM Assessment Level inclui os mesmos itens que o instrumento de rastreio, mas apresenta os itens como uma série contínua de tarefas para cada domínio, abrangendo diferentes níveis de desenvolvimento. A versão *Assessment Level* é descrita pelos autores como podendo situar-se entre um instrumento de rastreio e um instrumento de diagnóstico, na medida em que permite validar o resultado de um instrumento de rastreio ao mesmo tempo que informa sobre as capacidades e dificuldades da criança em termos de desenvolvimento (Glascoe & Robertshaw, 2008). Os resultados podem ser traduzidos em pontuações equivalentes à idade, percentagem de atraso e percentagem de competências adquiridas. Neste trabalho, estas pontuações não foram utilizadas, na medida em que os pontos de corte (percentil 16) da versão original não se verificaram nos estudos iniciais. O PEDS:DM *Assessment Level* foi utilizado para desenvolver um perfil de capacidades e dificuldades da criança, permitindo uma análise mais sistemática dos desfasamentos do que a simples observação dos sinais de alarme.



## 3.2. Intervenção

### 3.2.1. Racional

Muitas das intervenções parentais têm-se dirigido de forma seletiva às famílias de maior risco. Contudo, apesar da sua efetividade, não têm demonstrado um impacto significativo ao nível populacional. Desta forma, muitos autores têm defendido a importância de adotar uma abordagem de saúde pública e de ir para além das intervenções clínicas (Stewart-Brown & McMillan, 2010; T. Taylor & Biglan, 1998). Seguindo esta recomendação, a disponibilização de informação e estratégias parentais baseadas na evidência deveria ser feita de forma mais alargada, o que implicaria formas menos exigentes de disponibilizar intervenções (M. O'Brien & Daley, 2011).

A intervenção contemplada no programa “De Pequenino...” baseou-se em várias linhas, nomeadamente nos programas de treino parental, na biblioterapia, no aconselhamento antecipatório e nas brochuras sobre o desenvolvimento (*age-paced newsletters*). A partir da investigação sobre estas diferentes formas de intervenção parental (Cudaback et al., 1985; Dretzke et al., 2009; Elgar & McGrath, 2003; M. O'Brien & Daley, 2011; Regalado & Halfon, 2001; Sanders, 2012; Waterston et al., 2009; Webster-Stratton et al., 2011) e dos resultados do estudo exploratório (Goes, Cortes, & Barros, 2010), desenvolvemos uma proposta de base universal, de baixo custo e intensidade, assente na utilização de materiais escritos. No desenvolvimento da intervenção procurámos integrar as principais características das intervenções parentais efetivas (Moran et al., 2004) que se adequavam a esta modalidade de disponibilização (Caixa 4).

**Caixa 4****Principais características do programa “De Pequenininho...”**

**Baseado na teoria e na evidência.** A intervenção fundamentou-se nos modelos e evidências relativos aos determinantes parentais do desenvolvimento e ajustamento infantil. Todas as propostas de intervenção foram baseadas na melhor evidência disponível.

**Socioculturalmente relevante.** A intervenção desenhada utilizou informação de um estudo prévio acerca das preocupações parentais de pais portugueses. Por outro lado, as propostas de intervenção foram orientadas pelas necessidades expressas pelos pais no instrumento de rastreio.

**Início precoce.** Considerando a importância do período da primeira infância para o desenvolvimento e ajustamento da criança, o programa dirige-se a crianças entre os 2 anos e o início da escolaridade formal. Durante este período, ocorre um desenvolvimento acelerado em vários domínios do desenvolvimento críticos para o sucesso da criança ao longo da vida, como a linguagem e o auto-controlo. Por outro lado, nesta fase emergem também novos desafios para os pais, nomeadamente relacionados com o desenvolvimento da autonomia e regulação comportamental da criança.

**Orientado para a promoção da saúde.** Assumindo uma base universal, o programa dirige-se claramente para o fortalecimento e desenvolvimento de competências, integrando não só a diminuição da exposição da criança a fatores de risco mas também o aumento da sua exposição a fatores de proteção.

**Centrado na família.** A centralidade da família é evidenciada não só pelo facto de constituir o alvo direto da intervenção, mas acima de tudo pelo facto de as necessidades identificadas pelas famílias constituírem o indicador para a disponibilização de intervenções.

**Conteúdos com relevância científica ou clínica.** Todos os conteúdos integrados na definição do programa foram selecionados com base em critérios de relevância científica ou clínica, conforme descrito na secção dedicada à seleção dos conteúdos.

**Focado no comportamento e na prática.** Os materiais desenvolvidos contemplam mensagens e sugestões concretas para os pais mudarem o seu comportamento no sentido de alcançarem alterações no comportamento da criança.

**Intensidade e duração adequadas às necessidades.** Tratando-se de um programa de base universal e essencialmente dirigido à promoção do desenvolvimento e ajustamento e prevenção do agravamento de dificuldades com baixo nível de severidade, a intervenção assume uma duração breve, com baixa regularidade de contacto.

**Orientado para a promoção do envolvimento e da adesão.** A aposta em materiais escritos pretendeu não só oferecer uma alternativa de baixo custo, mas também dar resposta às barreiras habituais à participação dos pais em programas parentais, que são reduzidas através do envio dos materiais para casa. Por outro lado, a abordagem de base universal assume um carácter não estigmatizante. Adicionalmente, os próprios materiais incluem alguns cuidados direcionados

para o envolvimento: destaque de mensagens chave, fornecimento de sugestões de atividades, apresentação de preocupações e dúvidas comuns e disponibilização de contactos do programa. Finalmente, a disponibilização dos materiais a partir de serviços reconhecidos pelos pais foi também entendida como uma forma de encorajamento ao seu envolvimento.

**Operacionalização.** O programa incluiu um *flowchart* detalhado das medidas de intervenção a adotar em cada situação, de forma a garantir a homogeneidade dos critérios para a tomada de decisão. Por outro lado, toda a informação e aconselhamento disponibilizados aos pais se basearam nos conteúdos e metodologias incluídos nos materiais escritos.

### 3.2.2. Seleção de conteúdos

A maior parte da informação disponível sobre intervenções parentais foi conduzida com pais de crianças que apresentavam fatores de risco e não com amostras comunitárias (Socolar et al., 2004). Uma exceção é a investigação sobre intervenções disponibilizadas no âmbito do aconselhamento antecipatório, mas os tópicos estudados são muito escassos (Regalado & Halfon, 2001). Por outro lado, a literatura sobre os programas de educação e treino parental tem permitido verificar a efetividade das abordagens utilizadas, mas não especificar detalhadamente quais os ingredientes ativos das intervenções implementadas (Locke & Prinz, 2002). Desta forma, não existem propriamente recomendações quanto aos comportamentos parentais que devem constituir a prioridade em intervenções de base universal.

Assim, os conteúdos a incluir na intervenção foram selecionados com base na melhor evidência disponível, utilizando critérios de relevância científica e/ou clínica. A relevância científica diz respeito a conteúdos relativamente aos quais existia evidência disponível quanto à efetividade de os abordar no contexto de intervenções parentais. A relevância clínica refere-se a conteúdos cuja abordagem é fundamentada na prevalência, impacto e evolução previsível do problema ou na existência de recomendações nesse sentido. Com base nestes critérios, foram selecionados os seguintes conteúdos: desen-

volvimento infantil; envolvimento parental; disciplina; literacia precoce; sono; aprendizagem da higiene; comportamento; ansiedade e medos (Caixa 5).

#### Caixa 5

##### Resumo das evidências de relevância científica ou clínica para os conteúdos incluídos no programa “De Pequenino...”

**Desenvolvimento.** A investigação mostrou que a disponibilização de informação aos pais acerca do desenvolvimento da criança pode melhorar os conhecimentos dos pais sem ter qualquer impacto ao nível dos resultados de desenvolvimento da criança ou mesmo da interação pais-criança (Chamberlin & Szumowski, 1980; Dworkin et al., 1987). Contudo, os conhecimentos dos pais acerca do desenvolvimento normativo podem melhorar o seu contributo para a vigilância do desenvolvimento da criança. Por outro lado, o conhecimento acerca do desenvolvimento da criança associado às necessidades em termos de comportamentos parentais apropriados pode contribuir para o efeito de outras componentes importantes dos programas parentais (e.g., como responder a uma birra ou que atividades disponibilizar em função do nível de desenvolvimento da criança) (Kaminski et al., 2008).

**Envolvimento.** O envolvimento parental tem sido repetidamente associado aos resultados das crianças, nomeadamente através do papel do afeto e responsividade (Eshel et al., 2006; McKee et al., 2007; Richter, 2004; Trentacosta et al., 2008), envolvimento positivo em atividades (Russell & Russell, 1996) e disponibilização de um ambiente estimulante (Gutman & Feinstein, 2007). Alguns trabalhos mostraram a efetividade de intervenções breves para a promoção da interação pais-criança no contexto da vigilância de saúde infantil (Mendelsohn et al., 2005, 2007; Mendelsohn, Dreyer, et al., 2011; Mendelsohn, Huberman, et al., 2011). Por outro lado, disponibilizar aos pais competências específicas para melhorar o envolvimento constitui um dos ingredientes ativos das intervenções parentais (Kaminski et al., 2008).

**Disciplina.** A utilização de estratégias de disciplina eficazes tem sido associada a melhores resultados da criança, ao passo que estratégias ineficazes têm sido associadas a um pior ajustamento da criança (Capaldi et al., 1997; Lansford et al., 2009; McKee et al., 2007; Russell & Russell, 1996). Vários programas parentais empiricamente validados visam o aumento da exposição da criança a estratégias eficazes e diminuição da exposição a estratégias ineficazes (Caughy, Miller, Genevro, Huang, & Nautiyal, 2003; O’Connell, Boat, & Warner, 2009; Sanders et al., 2007; Sanders, 2012; Webster-Stratton, Rinaldi, & Jamila, 2011). Ensinar aos pais como responder de forma consistente ao comportamento da criança e como utilizar o isolamento foi identificado como um dos preditores mais fortes dos resultados dos programas parentais (Kaminski et al., 2008). Assim, algumas orientações internacionais recomendam o

fornecimento de informação e aconselhamento a todos os pais sobre estratégias de disciplina para aumentar comportamentos desejáveis, estratégias eficazes para reduzir comportamentos indesejáveis e sobre o impacto negativo da punição física (Canadian Paediatric Society, 2004; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1998).

**Literacia precoce.** Vários trabalhos têm mostrado o impacto positivo da disponibilização de intervenções de promoção da literacia precoce, incluindo o aconselhamento antecipatório sobre a leitura de histórias em voz alta para a criança e a oferta de livros infantis. Programas como o *Reach Out and Read* têm evidenciado efeitos positivos no desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva da criança (Klass et al., 2009; Needlman & Silverstein, 2004; Needlman et al., 2005; Zuckerman, 2009).

**Sono.** Os problemas de sono são muito frequentes durante a primeira infância e idade pré-escolar e têm um impacto negativo para a criança e para a família (Gregory, Van der Ende, Willis, & Verhulst, 2008; Owens, 2004; Thunström, 2002; Touchette et al., 2009; Wake et al., 2006). A utilização de rotinas de sono, horários de deitar e acordar consistentes e redução do envolvimento parental relacionado com o adormecer melhoram os hábitos e padrões de sono da criança (Galland & Mitchell, 2010; Mindell, Telofski, et al., 2009; Morgenthaler et al., 2006; J. Owens et al., 1999). A inclusão de conteúdos relacionados com o sono em intervenções parentais mais abrangentes foi considerada uma oportunidade para melhorar os resultados de sono infantil (Martin et al., 2011).

**Aprendizagem da higiene.** A aprendizagem da higiene constitui um marco importante no desenvolvimento da criança pequena e tem sido associada a algum risco para a ocorrência de dificuldades na relação pais-criança (Schmitt, 2004). A utilização de uma abordagem centrada na criança para promover esta aprendizagem é largamente recomendada (American Academy of Pediatrics, 1999; Brazelton et al., 1999; Choby & George, 2008; Community Paediatrics Committee & Canadian Paediatric Society, 2000; Howell, Wysocki, & Steiner, 2004; Luxem & Christophersen, 1994; Robson & Leung, 1991; Stadtler, Gorski, & Brazelton, 1999). De forma consistente, é também recomendado que a recusa à aprendizagem da higiene seja abordada seguindo os princípios da abordagem centrada na criança (Community Paediatrics Committee & Canadian Paediatric Society, 2000). As dificuldades na aprendizagem da higiene durante a noite devem ser normalizadas junto dos pais e introduzidas algumas recomendações facilitadoras (National Clinical Guideline Centre, 2010).

**Comportamento.** Durante os primeiros anos, várias dificuldades relacionadas com o comportamento da criança (e.g., choramingar, fazer birras, resistir, morder ou bater) são muito comuns, refletindo na maior parte das vezes aspetos normativos e não problemas clínicos (Centre for Community Child Health, 2006b). Contudo, as preocupações dos pais com o comportamento da criança e a manifestação de necessidades de aconselhamento e apoio a este nível são muito comuns (Young et al., 1998). Vários programas parentais têm mostrado a sua eficácia na pre-

venção e tratamento de problemas de comportamento, apostando nomeadamente no treino de estratégias parentais eficazes (Dretzke et al., 2009). Alguns trabalhos constataram que a promoção de interações pais-criança positivas (i.e., dar atenção positiva, envolver-se em brincadeiras guiadas pela criança, disponibilizar atividades apropriadas) e a aprendizagem da utilização do isolamento (*time-out*) e da importância da consistência parental estão entre as componentes repetidamente associadas a maiores efeitos dos programas parentais na redução de comportamentos de externalização (Kaminski et al., 2008). A disponibilização de aconselhamento aos pais sobre formas de encorajar comportamentos desejáveis e de desencorajar comportamentos indesejáveis tem sido assim apontada como resposta às preocupações normativas dos pais (Centre for Community Child Health, 2006b).

**Ansiedade e medos.** Os problemas de ansiedade estão entre os problemas de saúde mental mais comuns na infância, tendo um impacto muito negativo no funcionamento da criança e da família (Costello, Egger, & Angold, 2004; Kessler, Ruscio, Shear, & Wittchen, 2002; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). A eficácia dos programas de tratamento para a ansiedade infantil tem sido repetidamente demonstrada (Rapee et al., 2009) e alguns estudos apoiaram também o impacto positivo de programas de prevenção (Donovan & Spence, 2000; Lau & Rapee, 2011). Intervenções preventivas dirigidas a crianças em idade pré-escolar têm procurado reduzir a superproteção parental e aumentar a estimulação do confronto, com resultados promissores (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005).

Portanto, partindo do mote do desenvolvimento infantil, foram selecionados conteúdos mais relacionados com os seus determinantes (envolvimento parental, disciplina, atividades de promoção da literacia precoce), outros relacionados com aquisições específicas (aprendizagem do sono autónomo e da higiene) e outros presos a manifestações de dificuldades (dificuldades relacionadas com o sono e aprendizagem da higiene, problemas de comportamento, manifestações de ansiedade e medos).

### ***3.2.3. Desenvolvimento dos materiais***

Conforme referido, a intervenção assentou essencialmente na disponibilização de materiais escritos. Alguns estudos têm apontado que muitos dos materiais escritos colocados à disposição dos pais não são adequados ao seu nível de literacia, não colo-

cam a informação de forma a aceder facilmente às mensagens mais relevantes e não são suficientemente claros quanto aos comportamentos específicos a adotar (Arnold et al., 2006; Freda, 2005). Os especialistas em educação e comunicação em saúde recomendam que os materiais escritos sejam escritos para baixos níveis de literacia, utilizem uma linguagem simples (*plain language*) e reúnam um conjunto de características facilitadoras: clareza, simplicidade, organização e desenho adequado (DeWalt et al., 2010; Doak et al., 1996; Office of Communication & Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Os materiais foram desenvolvidos seguindo estas recomendações (Caixa 6). Todos os materiais foram revistos por psicólogos clínicos e testados com pais de crianças pequenas antes de serem disponibilizados.

#### Caixa 6

##### Cuidados na construção dos materiais escritos

**Linguagem.** Os materiais foram revistos várias vezes no sentido de os tornar o mais simples possível: linguagem familiar, frases curtas, parágrafos concisos (*plain language*). Não foram calculados índices de legibilidade (*readability*) uma vez que a versão do Microsoft Word em português não disponibiliza o resultado das fórmulas e apenas estatísticas globais. Por outro lado, as fórmulas representam apenas um indicador de adequação e podem não estar adequadas à língua portuguesa. Em vez de fórmulas de legibilidade, os materiais foram testados junto de alguns pais de crianças das idades alvo.

**Estilo e clareza.** Procurámos adotar um estilo amigável e encorajador, dirigindo o texto aos pais e utilizando a voz ativa. Foram utilizados títulos e subtítulos curtos e com uma relação lógica com o conteúdo que se seguia, destacando o seu propósito. Em todos os materiais foi feito um esforço de concisão quanto à quantidade de informação disponibilizada, enfatizando particularmente mensagens de ação (o que fazer e como fazer) em detrimento de mensagens sobre curiosidades não essenciais para a adoção dos comportamentos parentais em discussão.

**Organização.** Todas as brochuras de cada tipo foram organizadas de forma semelhante e utilizando uma sequência lógica para facilitar a procura de informação. Nomeadamente, todas as brochuras incluem uma caixa de texto introdutória que foca o tema que será analisado. A informação contida em cada brochura foi dividida em pequenas secções, identificadas com títulos e subtítulos. Em cada secção, cada mensagem de ação foi isolada com recurso a parágrafos ou

pontos. As mensagens de ação foram organizadas em sequências de pequenos passos sempre que adequado, para facilitar a sua implementação.

**Desenho.** No que se refere à letra, foi utilizada uma fonte serifada, em corpo 12 e utilizado o negrito de forma moderada nos blocos de texto. Para os títulos foi utilizado um tipo de letra não serifado, de forma a contrastar com o texto. Não foram utilizadas apenas maiúsculas (*all caps*) em nenhuma situação. Para tornar os blocos de texto mais facilmente legíveis, foi adotada a escrita em duas colunas, utilizados pontos (*bullets*) e feito o alinhamento do texto à esquerda. As ilustrações foram utilizadas com moderação. Foi feito um esforço para garantir bastante espaço em branco e um bom contraste entre o fundo e o texto. Procurou-se garantir um desenho simples, mas agradável.

Os conteúdos foram organizados seguindo o racional de disponibilizar informação às famílias em função das suas necessidades. Neste âmbito, assumiu-se o nível de desenvolvimento da criança (aferido grosseiramente a partir da idade) como sendo um indicador universal de uma oportunidade de intervenção. Desta forma, parte das brochuras foram construídas para todos os pais – primeiro nível de intervenção. Por outro lado, foram utilizadas as preocupações manifestadas pelos pais para disponibilizar informação adicional. Por isso, um conjunto de brochuras destinou-se apenas a pais com preocupações específicas acerca da criança – segundo nível de intervenção.

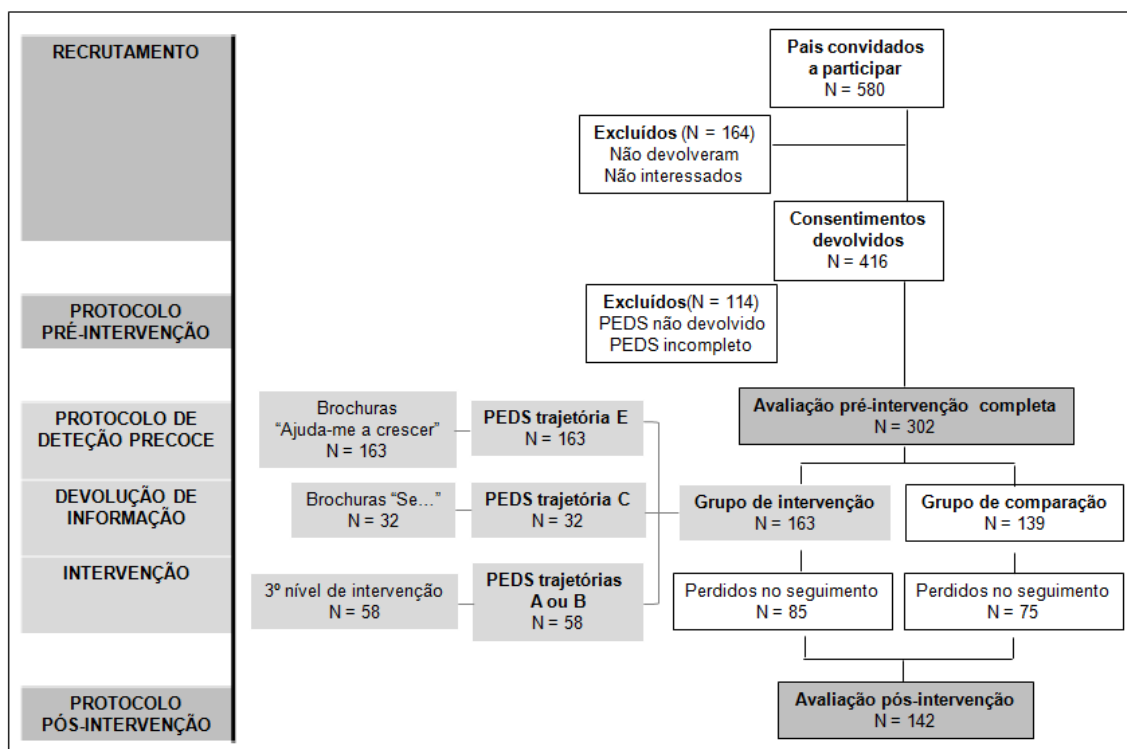
#### **3.2.4. Disponibilização da intervenção**

A intervenção foi disponibilizada de acordo com a trajetória de risco identificada no PEDS e com as preocupações parentais. Assim, os pais de crianças classificadas na trajetória E receberam informação descritiva acerca dos resultados do rastreio e o primeiro nível de intervenção – as brochuras “Ajuda-me a crescer”. Os pais de crianças classificadas na trajetória C receberam, adicionalmente, o segundo nível de intervenção, específico das preocupações manifestadas no PEDS – as brochuras “Se...”. Os pais de crianças classificadas nas trajetórias A ou B receberam o terceiro nível de intervenção,



definido em função da informação recolhida durante a entrevista. Os segundo e terceiro nível de intervenção não foram disponibilizados nas situações em que os pais tinham revelado nos questionários que o problema já tinha sido alvo de avaliação ou que a criança já tinha algum tipo de acompanhamento para o problema.

O processo de disponibilização das brochuras foi testado durante o primeiro ensaio com o PEDS, no sentido de avaliar a sua viabilidade e dificuldades associadas.



**Figura 2.**

Fluxograma do programa “De Pequenino...”

### 3.2.5. Primeiro nível de intervenção

O primeiro nível de intervenção pretendia alcançar todas as famílias participantes, colocando à sua disposição informação baseada na evidência sobre formas de apoiar o desenvolvimento e ajustamento da criança e de responderem a dificuldades comuns. Assim, todos os pais participantes receberam uma brochura de quatro páginas

uma vez por mês durante um período de três meses. As brochuras “Ajuda-me a crescer” foram desenhadas para disponibilizar informação aos pais sobre uma série de práticas e estratégias fundamentais para o desenvolvimento e ajustamento da criança: proporcionar um ambiente positivo, que incluía afeto, estrutura e oportunidades adequadas para aprender e explorar; promover hábitos e rotinas de sono saudáveis; utilizar estratégias de disciplina eficazes.

As três brochuras mensais (Apêndice J) tinham uma organização semelhante e incluíam quatro secções: (1) Os quatro Rs; (2) Desenvolvimento, brinquedos e atividades; (3) Tema especial; (4) Que desafios te trago? A primeira secção fazia uma apresentação breve da brochura e enfatizava a importância dos quatro Rs: relação, rotinas, regras e recompensas. A segunda secção focava tarefas do desenvolvimento e brinquedos e atividades apropriados para cada etapa do desenvolvimento. A secção sobre o tema especial foi desenhada para incluir tópicos com particular relevância para o desenvolvimento e ajustamento infantil. A primeira brochura discutia a promoção da literacia precoce. A segunda discutia padrões, hábitos e rotinas de sono saudáveis. A terceira discutia problemas de comportamento comuns e estratégias de regulação do comportamento da criança. A última secção incluía preocupações parentais comuns e os contactos de telefone e correio eletrónico do programa<sup>7</sup>. Embora a organização e conteúdos fossem os mesmos, as brochuras foram adequadas para diferentes idades-chave, havendo por isso quatro versões de cada brochura (2 anos, 3 anos, 4 anos e 5 anos).

Juntamente com cada brochura, os pais recebiam o “Desafio do mês”, que enfatizava a mensagem chave de cada brochura e os desafiava a introduzi-la nas suas rotinas: brinca comigo e conta-me uma história todos os dias; cria uma rotina de deitar para mim; dá-me atenção e elogia-me quando me porto bem (Apêndice K).

---

<sup>7</sup> Esta medida de apoio foi utilizada pelos pais de forma muito esporádica, pelo que não foi descrita no artigo relativo ao estudo de implementação do programa.

### ***3.2.6. Segundo nível de intervenção***

O segundo nível de intervenção foi pensado para dar resposta a dificuldades e preocupações específicas dos pais, constituindo-se como uma primeira tentativa de resposta a essas dificuldades e não como uma alternativa a uma intervenção de caráter clínico. Concretamente, este nível dirigia-se a preocupações com comportamentos normativos que estejam a representar um desafio importante para os pais ou com comportamentos mais intensos e interferentes, mas passíveis de melhorar com uma intervenção sem a sistematicidade e estrutura de uma intervenção clínica. Pretendia-se apoiar os pais na identificação e compreensão do problema, na identificação de alternativas para a sua resolução e na identificação de sinais de alarme. Não se esperava, portanto, alcançar mudanças clinicamente significativas, mas sim proporcionar aos pais informação que os pudesse tornar mais competentes a lidar com os comportamentos da criança.

Os pais de crianças classificadas na trajetória C receberam uma brochura “Se...” (Apêndice L), focando o seu domínio de preocupação. Partindo da informação da literatura sobre as preocupações parentais mais comuns nas idades das crianças abrangidas, dos resultados do estudo exploratório (Goes, Cortes, & Barros, 2010) e dos dados do primeiro ensaio com o PEDS (Goes & Barros, 2011), foi identificado um conjunto de temas para os quais devíamos ter materiais preparados. Ao todo, desenvolvemos catorze brochuras “Se...” (Tabela 10). Entre as brochuras “Se...” estão incluídos alguns temas dirigidos a pais de crianças classificadas noutras trajetórias, mas cuja entrevista poderia conduzir à decisão de fornecer aconselhamento breve, reforçado com a disponibilização de materiais escritos. São disso exemplo as brochuras sobre dificuldades relacionadas com o sono (as preocupações com o sono são classificadas no domínio “outras preocupações”, que é sempre considerado preditivo), com a linguagem e com a preparação para a escolaridade.

**Tabela 10****Temas das brochuras “Se...”**

<b>Tema</b>	<b>Brochura</b>
<b>Linguagem</b>	
Dificuldades relacionadas com a articulação e vocabulário e gaguez	Se... não falo bem
<b>Comportamento</b>	
Oposição	Se... faço birras
Agressividade	Se... mordo, dou pontapés e empurro
Excesso de atividade	Se... nunca paro
<b>Sócio-emocional</b>	
Medos	Se... tenho medo
Inibição social	Se... tenho vergonha
Ansiedade de separação	Se... não quero estar longe de ti
Dificuldades em partilhar	Se... não sei partilhar
<b>Autonomia</b>	
Resistência à aprendizagem da higiene	Se... não quero usar o bacio
Aprendizagem da higiene durante a noite	Se... faço xixi na cama
Autonomia	Se... não faço as coisas sozinho
<b>Pré-académico</b>	
Preparação para a escolaridade	Se... vou para a escola
<b>Sono</b>	
Resistência ao deitar e despertares noturnos	Se... não quero dormir
Pesadelos e terrores noturnos	Se... tenho pesadelos

Todas as brochuras “Se...” foram organizadas da mesma forma: (1) O problema; (2) O que os pais podem fazer para ajudar; (3) sinais de alarme. Na secção inicial, foi incluída uma nota introdutória sobre o comportamento, enfatizando os aspetos normativos do mesmo e enquadrando-o no desenvolvimento da criança. Sempre que adequado, foram descritos os sinais para a identificação daquela dificuldade. Seguidamente, foram selecionadas as medidas que os pais podem adotar para ajudar a criança. Na medida em que se pretendia fornecer informação de forma concisa, foi dado um maior enfoque à descrição das medidas (i.e., como fazer) do que às razões para as medidas serem ade-

quadas. Por outro lado, foi feito um esforço para evitar um tom prescritivo, disponibilizando antes várias alternativas que os pais deveriam adotar em função das suas necessidades e das características da criança e da família. Na terceira secção, foram descritos alguns sinais que os pais devem considerar para tomar decisões sobre a necessidade de procurarem ajuda adicional.

Nos casos em que os pais manifestaram preocupações com comportamentos de externalização, foi disponibilizado material adicional. No primeiro ensaio com o PEDS, verificámos que era frequente os pais manifestarem vários tipos de preocupação com o comportamento da criança (e.g., “Só faz o que quer. Bate nos colegas.”). Por outro lado, os resultados destas crianças no SDQ tendiam a ser elevados. Desta forma, pareceu-nos que seria importante disponibilizar a informação dirigida à gestão do comportamento da criança de uma forma que facilitasse a adoção de novos comportamentos por parte dos pais. Por isso, desenvolvemos os cartões semanais, que desafiavam os pais a tentar uma estratégia em cada semana: brincar guiado pela criança; comentários positivos; elogio; incentivos; rotinas; regras; limites e instruções; levar as instruções até ao fim; distração; extinção; isolamento; consequências (Apêndice M). Estas estratégias foram organizadas em três passos: dar atenção positiva; proporcionar estrutura; lidar com comportamentos indesejáveis. Estes cartões eram disponibilizados por um período de 12 semanas.

### ***3.2.7. Terceiro nível de intervenção***

Este nível de intervenção tem em comum o facto de ser dirigido aos pais com crianças categorizadas nos percursos A ou B e o facto de incluir um contacto personalizado com os pais. Os conteúdos e metodologias usados neste nível de intervenção foram adotados em função das necessidades identificadas a partir da recolha adicional de informação. De qualquer forma, podemos organizar a intervenção disponibilizada em

quatro categorias: fornecimento de informação e tranquilização; aconselhamento breve; fornecimento de informação, aconselhamento breve e recomendação de vigilância; fornecimento de informação e recomendação de encaminhamento (Caixa 7).

### Caixa 7

#### Intervenções disponibilizadas no terceiro nível

**Fornecimento de informação e tranquilização.** Dirigido a pais que manifestaram preocupações preditivas no PEDS e cuja informação disponibilizada durante a entrevista revelou tratar-se de preocupações normativas (e.g., pais que manifestaram preocupações no domínio pré-acadêmico relativas à capacidade da criança para memorizar novos conteúdos; pais que manifestaram preocupações no domínio da linguagem expressiva relacionadas com gaguejar). Nestas situações, as preocupações dos pais foram enquadradas na etapa de desenvolvimento da criança, discutidas as variações normais e abordados sinais de alarme.

**Aconselhamento breve.** Dirigido a pais que manifestaram preocupações preditivas no PEDS e cuja informação disponibilizada durante a entrevista revelou tratar-se de dificuldades de natureza comportamental. Esta categoria de intervenção incluiu também as preocupações no domínio “outras preocupações” (que são sempre classificadas como preditivas) e que se relacionavam com dificuldades de sono. Depois de verificado se deveria ser feito um encaminhamento imediato, foi disponibilizado aconselhamento breve aos pais, recorrendo à informação e metodologias incluídas no segundo nível de intervenção, e fornecidos os materiais escritos adequados.

**Fornecimento de informação, aconselhamento breve e recomendação de vigilância.** Dirigido a pais que manifestaram preocupações preditivas no PEDS e cuja informação disponibilizada durante a entrevista indicou que a criança estaria no limite inferior da normalidade. Nestas situações, foi fornecida informação sobre o desenvolvimento normativo no domínio alvo e sobre a importância do alcance dos marcos do desenvolvimento. Adicionalmente, foram dadas algumas sugestões de atividades para os pais apoiarem o desenvolvimento da criança, recorrendo à informação incluída nas brochuras do segundo nível de intervenção. Finalmente, foram discutidos sinais de alarme e recomendada uma vigilância regular dos progressos, envolvendo a educadora da criança.

**Fornecimento de informação e recomendação de encaminhamento.** Dirigido a pais que manifestaram preocupações preditivas no PEDS e cuja informação disponibilizada durante a entrevista confirmou a presença de indicadores de risco elevado (e.g., ausência de verbalização de palavras aos dois anos; verbalização predominantemente ininteligível aos três anos; bizarrias na interação; estereotipias) e/ou a presença de fatores de risco de tipo psicossocial (e.g., desor-

ganização familiar, suspeitas de consumos dos pais, contexto familiar pouco estimulante). Nessas situações, foi fornecida informação relativa ao enquadramento dos indicadores de risco no desenvolvimento da criança, impacto negativo na vida e desenvolvimento da criança e importância de avaliar de forma mais detalhada. Adicionalmente, foi dada informação quanto ao tipo de profissional mais adequado para dar sequência ao processo e recomendada a articulação com a assistente social da instituição no sentido de identificar alternativas.

Neste nível de intervenção, para além dos conteúdos discutidos e metodologias sugeridas, foram seguidas algumas recomendações relativas à discussão de informação sensível com as famílias (Foy, 2010; Glascoe, 2002; Levetown, 2008). Desta forma, era necessário chegar a um entendimento comum acerca do problema, tomar decisões quando às medidas a adotar e apoiar os pais na implementação dessas decisões (Caixa 8).

#### Caixa 8

##### Cuidados na discussão dos resultados do PEDS com os pais

**Apoiar um entendimento comum.** A discussão dos resultados foi iniciada com base nas áreas em que a criança parecia estar com um desenvolvimento semelhante ao de outras crianças da mesma idade e só depois introduzidas as áreas de maior fraqueza, utilizando um estilo muito descritivo e não interpretativo e uma linguagem simples. Nessa altura, era pedido o comentário dos pais. Foi feito um esforço para evitar basear a discussão na capacidade da criança para desempenhar uma tarefa específica ilustrativa de um domínio de desenvolvimento, procurando diversificar os indicadores. Por outro lado, as manifestações emocionais dos pais foram reconhecidas e apoiadas.

**Apoiar a tomada de decisões.** A partir da informação disponibilizada pelos pais, os comportamentos da criança foram enquadrados na sua etapa de desenvolvimento, comparando com o desenvolvimento esperado para a idade. Nessa altura, foi fornecida informação acerca das medidas mais adequadas para lidar com os domínios de preocupação dos pais e pedido o seu comentário. Nas situações em que foi recomendado um encaminhamento, foi utilizado um tom positivo, focado no potencial da criança e na importância da intervenção precoce, mas sem dar esperanças irrealistas à família. Por outro lado, na medida em que a recomendação de encaminhamento era fundamentada na necessidade de avaliação adicional, não foram utilizadas quaisquer classificações de natureza diagnóstica.

**Apoiar a implementação das decisões.** Foi disponibilizada informação aos pais sobre a forma de ajudarem a criança a progredir ou sobre a forma de levar a cabo o encaminhamento. Por outro lado, foram discutidas as barreiras e dificuldades à implementação das decisões. Paralelamente, foram utilizadas duas estratégias adicionais: disponibilização dos contactos do programa e pedido de informação de retorno, com estabelecimento de um horizonte temporal; envolvimento de um elemento da instituição no processo de vigilância posterior ou no encaminhamento.



# CAPÍTULO V

## **Estudos de Caracterização: O Papel das Práticas Parentais**

Neste capítulo estão incluídos três estudos empíricos que tiveram propósitos de caracterização, descrevendo a frequência dos problemas de comportamento e de sono na amostra estudada, a frequência de utilização de práticas parentais específicas e o seu contributo relativo para os indicadores de adaptação e de sono da criança. O terceiro estudo explorou ainda o papel do comportamento parental para a explicação da associação entre problemas de sono e problemas de comportamento.



# If we don't know, how should we plan? Exploring parental involvement and discipline to prioritize parenting interventions

## Abstract

---

**Background:** Despite the availability of extensive research on evidence-based parenting programs, effective interventions are not widely available. This study aims to inform the development of a universal intervention program, providing information on the prevalence of parental involvement and discipline behaviors and their relative impact on children's behaviors.

**Methods:** Three hundred seventy-five parents of children aged 3 to 6 years participated in this study. Parents completed a set of questionnaires to measure child behavior problems and parental behaviors.

**Results:** Parents reported a frequent use of encouragement and limit-setting strategies. A notably low proportion of parents reported the use of time-out. Using multinomial regression, inconsistent discipline strategies, harsh discipline, and parent-child activities revealed unique contributions to children's behavior.

**Conclusions:** Parenting interventions should provide evidence-based information regarding both effective and harmful parental behaviors. The negative impact of inconsistent discipline on children's behavior emphasizes the importance of considering the way in which parents use discipline strategies. The positive effect of parent-child shared activities supports its protective role for children's adjustment.

**Keywords:** parenting, involvement, discipline, behavior problems

---

## Introduction

Among the determinants that may impact children's development and adjustment, family factors have received major attention. Although factors such as socioeconomic status have been identified as having a considerable impact on children's outcomes (Feinstein et al., 2004; Masten & Shaffer, 2006), several authors suggest that interventions should focus on modifiable factors, such as parental self-efficacy and parenting practices (Cowan et al., 2006; Morawska & Sanders, 2007).

Parenting has long been recognized as an important factor for child development and adjustment (Collins et al., 2000; Gutman & Feinstein, 2010; Shonkoff & Phillips, 2000). Discipline and involvement are among the most researched issues in the empirical literature on the effects of parenting (Teti & Candelaria, 2002).

Effective discipline practices have been associated with better behavioral outcomes, whereas ineffective discipline has been correlated with poor adjustment (Capaldi et al., 1997; Lansford et al., 2009). Parental involvement has been repeatedly associated with children's outcomes, primarily through the role of responsiveness (Richter, 2004), shared activities (Russell & Russell, 1996), and the provision of a stimulating environment (Gutman & Feinstein, 2007).

The importance of discipline and involvement for children's outcomes has been reinforced by the evidence that parenting programs reduce and prevent behavior problems in children (Barlow et al., 2010; Moran et al., 2004). These programs typically increase children's exposure to parenting protective factors, such as positive attention and effective discipline (O'Connell et al., 2009). Concomitantly, they reduce exposure to parenting risk factors, such as inconsistent or coercive discipline (O'Connell et al., 2009).

Despite the recognized importance of parental discipline and involvement and the evidence for the effectiveness of parenting interventions, a high proportion of the population remains uncovered by these interventions. In fact, most parenting interventions reach relatively few parents (e.g., families of children at risk), having a small impact at the population level (Stewart-Brown & McMillan, 2010; T. Taylor & Biglan, 1998). Therefore, several authors emphasized the need for a public health approach (Bayer, Hiscock, Morton-Allen, Ukoumunne, & Wake, 2007; Embry, 2004; Sanders et al., 2007; Stewart-Brown & McMillan, 2010; Taylor & Biglan, 1998). In this perspec-

tive, every parent should receive some components of parenting interventions and some parents should receive additional components, according to their needs. However, selecting the specific parental behaviors to target in each intervention level may be quite a challenge.

There are no evidence-based recommendations regarding the specific parenting practices that should be targeted in each level of a population approach and which ones practices should be the high priority for universal interventions. Research on parenting programs demonstrated the effectiveness of targeting discipline and nurturance to improve child outcomes but did not discriminate the impact of specific parental behaviors (Locke & Prinz, 2002).

Even the research on the impact of parenting seldom discriminated the relative impact of specific parental behaviors. A large part of the evidence used dimensional or typological approaches, capturing broader definitions of effective or ineffective parenting styles (Grusec, 2002; Teti & Candelaria, 2002). Such approaches do not allow for the evaluation of the relative impact of specific practices (Socolar, 1997). On the other hand, most studies regarding specific parental practices focused on corporal punishment or ineffective parenting, leaving a whole range of practices uncovered (Locke & Prinz, 2002; Socolar et al., 2004). Therefore, there is no standard for what constitutes effective or ineffective parenting practices (Socolar et al., 2004). In addition, the prevalence of specific parental behaviors in the general population is not well documented (Regalado et al., 2004; Socolar et al., 1999).

The current study aims to describe the prevalence of child behavioral problems, the frequency of use of several parenting practices, and the relative impact of these practices on children's behavior using a Portuguese community sample of parents of children aged 3 to 6 years. The following two dimensions of positive parenting were

examined: involvement in activities with the child and strategies to encourage desirable behavior. Reactive discipline practices included effective (e.g., time-out) and ineffective (e.g., physical punishment, threats) strategies.

## Methods

### Participants

Parents of young children were invited to participate through day care centers from several geographical areas of Portugal. The study questionnaires were sent to the families' homes and 378 parents returned it. Three protocols were considered ineligible for analysis.

Of the 375 eligible children, 48.3% were male (see Table 11 for demographics). Children were aged from 36 to 78 months ( $M = 55.13$ ,  $SD = 11.18$ ).

Most questionnaires were completed by mothers (82.1%). Mothers were aged between 21 and 55 years ( $M=35.07$ ,  $SD=5.17$ ). The majority of mothers had a high school (37.8%) or higher (41.3%) educational level.

**Table 11**  
**Child and family demographic characteristics**

	Child		Mother		Father	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Gender						
Boy	194	51.7				
Girl	181	48.3				
Household composition						
One parent	48	12.9				
Two parents	284	76.5				
Other (e.g., grandparents)	39	10.5				
Birth order						
First born	220	59.6				

Second or more	149	40.4		
Educational level				
<High school	77	20.9	117	32.4
High school	139	37.8	135	37.4
Bachelor's or higher	152	41.3	109	30.2
Marital Status				
Married	194	52.9		
Cohabiting	102	27.8		
Single	17	4.6		
Separated	31	8.4		
Divorced	18	4.9		
Other	5	1.4		
Employment status				
Employed	278	76.0	313	87.4
Uncertain job	8	2.2	15	4.2
Unemployed	49	13.4	25	7.0
Housewife	29	7.9	1	0.3
Retired	2	0.5	4	1.1

## Procedures

To recruit parents, personal contacts were made with the directors of early child care centers to request permission to present the study to parents. Parents of children aged from 3 to 6 years who attended the participating day care centers were invited. Subjects were informed of the study by day care personnel or the researcher and received an explanatory letter inviting them to participate along with the informed consent form. Once parents indicated a willingness to participate by returning the consent form, child care workers sent the study questionnaires and a cover letter were to their homes. Parents returned the questionnaires to the child's teacher in sealed envelopes.

## Instruments

**Children's behavioral and emotional problems.** Children's behavioral and emotional problems were evaluated using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The SDQ is a brief screening questionnaire for children aged 3 to 16 years old, covering a broad range of behavioral aspects (Goodman, 1997).

The SDQ includes 25 core items on psychological attributes; these items are rated on a three-point scale (not true, somewhat true, and certainly true). These items are organized in five scales, as follows: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems, and prosocial behavior. The first four scales generate a total difficulties score. Each score may be classified as normal, borderline (80<sup>th</sup> percentile) or abnormal (90<sup>th</sup> percentile) (Goodman, 2001).

The original version of the SDQ showed appropriate psychometric properties and convergent validity against a psychiatric diagnosis (Goodman, 2001). The Portuguese version of the SDQ has been empirically validated (Marzocchi et al., 2004). For the present sample, the reliability of the SDQ scores was comparable to other studies, with a Cronbach's alpha of .76 for the total difficulties score.

**Parenting practices.** Parental strategies were evaluated using the Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ). This questionnaire was designed to reflect a range of parental behaviors, including parent-child activities and discipline strategies, while remaining concise. The items were derived from research on the role of parenting and discipline for children's outcomes (Rothbaum & Weisz, 1994; Socolar, 1997), dimensions commonly included in programs and recommendations for the promotion of child development and behavioral adjustment (Canadian Paediatric Society Psychosocial Paediatrics Committee, 2002; Canadian Paediatric Society, 2004;



Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1998), and other questionnaires on this subject (e.g., The Discipline Survey, Socolar, Savage, Devellis, & Evans, 2004; Parent Behaviour Checklist [PBC], Fox, 1994).

The final version of the questionnaire included 15 items about parent-child activities, strategies to encourage appropriate behaviors, and effective and ineffective strategies to address misbehavior. The questionnaire was studied with 451 parents and subject to factor analysis. For the items on parent-child activities, one factor was extracted (involvement). For the items regarding proactive and reactive discipline strategies, the following four factors were extracted: encouragement (e.g., praising, giving a privilege), inconsistent (ignoring, distracting, and threatening), limit-setting (e.g., time-out), and harsh discipline (e.g., shouting, giving a slap). The Cronbach's alpha coefficient ranged from .5 to .6.

**Socio-Demographic Questionnaire.** Background information on the child (e.g., child's gender, age, birth order) and parents (marital status, educational level, employment status) was collected using a general questionnaire.

## Analysis

Descriptive data for children's behavioral adjustment and parenting practices were obtained.

Spearman correlations, Kruskal-Wallis, and Mann-Whitney tests were used to analyze the associations between children's behavioral adjustment and parenting practices. To control for possible confounders and identify main correlates of children's behavioral problems, multinomial logistic regression analysis was employed. Several separate analyses were conducted for each child behavior outcome. The predictors were

parenting practices. Possible confounders were child's age, gender, parents' educational level, and household composition. For the regression analyses, SDQ categorical scores were used. The fit of the final models was evaluated using the Omnibus test of coefficients. Statistical tests of the regression estimated odds ratios were based on Wald statistics.

Analyses were conducted using PASW Statistics 18 for Windows. Tests findings were considered significant at  $p < 0.05$ .

## Results

### Children's behavioral adjustment

Considering the total difficulties score from the SDQ, 21.9% of children were within the borderline to abnormal range. For the remaining SDQ scores, approximately 20-30% of children were classified in the borderline or abnormal level of difficulties (Table 12).

**Table 12**  
**Frequency of behavior problems according to SDQ scores**

	Normal		Borderline		Abnormal	
	n	%	n	%	n	%
Total difficulties	293	78.1	34	9.1	48	12.8
Emotional Symptoms	233	62.1	77	20.5	65	17.3
Conduct Problems	283	75.5	32	8.5	60	16
Hyperactivity	298	79.5	34	9.1	43	11.5
Peer Problems	287	76.5	39	10.4	49	13.1

### Parenting practices

Most parents reported to talk, play, and sing with children frequently (Table 13). However, a relevant proportion was not involved in these activities on a daily basis.

**Table 13**  
**Descriptives for involvement scale and items**

Involvement	Never n (%)	Rarely n (%)	Several days	Several times	<i>Mdn</i>
			a week n (%)	a day n (%)	
<b>Scale</b>					<b>10</b>
Talking	-	3 (0.8)	62 (16.5)	310 (82.7)	4
Playing	1 (0.3)	9 (2.4)	184 (49.1)	181 (48.3)	3
Singing	1 (0.3)	61 (16.3)	220 (58.7)	93 (24.8)	3

Regarding discipline, encouragement strategies were used with a high frequency and tangible rewards were the least used (Table 14). Concerning reactive discipline strategies, those related to limit-setting were the most commonly used by parents to address misbehavior. From those, time-out was the least common. Harsh discipline strategies were not used frequently, but an important proportion of parents reported shouting or giving a slap at least sometimes.

**Table 14**  
**Descriptives for discipline strategies items and scales**

	Never n (%)	Rarely n (%)	Sometimes n (%)	Often n (%)	Always n (%)	<i>Mdn</i>
<b>Encouragement</b>						<b>16</b>
Praising	-	-	21 (5.6)	94 (25.1)	260 (69.3)	5
Tangible reward	29 (7.7)	94 (25.1)	177 (47.2)	64 (17.1)	11 (2.9)	3
Privilege	8 (2.1)	30 (8)	178 (47.5)	132 (35.2)	27 (7.2)	3
Special attention	-	2 (0.5)	13 (3.5)	110 (29.3)	250 (66.7)	5
<b>Limit-setting</b>						<b>9</b>
Command	11 (2.9)	19 (5.1)	80 (21.3)	142 (37.9)	123 (32.8)	4
Consequence	13 (3.5)	48 (12.8)	177 (47.2)	107 (28.5)	30 (8)	3
Time-out	152 (40.5)	137 (36.5)	59 (15.7)	25 (6.7)	2 (0.5)	2
<b>Inconsistent</b>						<b>7</b>

Ignoring	-	153 (40.8)	103 (27.5)	14 (3.7)	4 (1.1)	2
Distracting	28 (7.5)	56 (14.9)	186 (49.6)	89 (23.7)	16 (4.3)	3
Threatening	78 (20.8)	149 (39.7)	111 (29.6)	33 (8.8)	4 (1.1)	2
Harsh discipline						6
Giving a slap	47 (12.5)	175 (46.7)	131 (34.9)	22 (5.9)	-	2
Spanking	281 (74.9)	65 (17.3)	25 (6.7)	3 (0.8)	1 (0.2)	1
Shouting	7 (1.9)	89 (23.7)	211 (56.3)	64 (17.1)	4 (1.1)	3

### Parenting predictors of behavior problems

The SDQ total difficulties score was positively correlated with inconsistent ( $r_s = .17, p = .001$ ) and harsh discipline strategies ( $r_s = .17, p = .001$ ). Comparing the parental behaviors across the different SDQ categorical scores, parents of children with an abnormal score (90<sup>th</sup> percentile) used less involvement behaviors,  $U = 5710, p = .031$ , and more inconsistent,  $U = 5506, p = .014$ , and harsh discipline strategies,  $U = 4972, p = .001$ , than parents of children with a normal score. There were no differences on the use of parental behaviors between parents of children with a borderline (80<sup>th</sup> percentile) and a normal score. After controlling for the effects of socio-demographics and entering parental behaviors simultaneously, these differences remained statistically significant. Higher involvement was associated with a lower likelihood of an abnormal score; higher inconsistent and harsh discipline strategies were associated with a higher likelihood of an abnormal score (Table 15).

**Table 15****Multinomial logistic regression for SDQ total difficulties score**

Predictors	Normal vs. borderline			Normal vs. abnormal		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Age	-0.15 (0.21)	0.86	[0.57, 1.28]	-0.13 (0.19)	0.88	[0.61, 1.27]
Gender						
Male <sup>a</sup>	0	-	-		-	-
Female	-0.09 (0.37)	0.92	[0.44, 1.91]	-0.75 (0.35)	0.47*	[0.24, 0.94]
Father's education						
< high school	0.29 (0.43)	1.33	[0.57, 3.10]	-0.02 (0.42)	0.98	[0.43, 2.24]
≥ high school <sup>a</sup>	0	-	-			
Mother's education						
< high school	0.57 (0.46)	1.77	[0.72, 4.36]	-0.27 (0.49)	0.76	[0.29, 1.98]
≥ high school <sup>a</sup>		-	-			
Household						
Nuclear	-0.45 (0.41)	0.64	[0.28, 1.43]	-1.49 (0.35)	0.23***	[0.12, 0.44]
Nonnuclear <sup>a</sup>	0	-	-			
Involvement	0.02 (0.16)	1.02	[0.74, 1.40]	-0.37 (0.14)	0.69**	[0.52, 0.91]
Inconsistent	0.17 (0.11)	1.18	[0.96, 1.45]	0.24 (0.10)	1.26*	[1.04, 1.54]
Harsh	-0.13 (0.12)	0.88	[0.69, 1.12]	0.21 (0.10)	1.24 *	[1.01, 1.51]
Model	$R^2 = .13$ (Cox & Snell), $.18$ (Nagelkerke). $\chi^2 (16) = 52.01$ , $p < .001$					

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup> Reference category

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

The SDQ conduct problems score was positively correlated with inconsistent ( $r_s = 0.28$ ,  $p < .001$ ) and harsh discipline strategies ( $r_s = 0.24$ ,  $p < .001$ ). Comparing parental behaviors across the different SDQ categorical scores, parents of children with an abnormal score (90<sup>th</sup> percentile) used more inconsistent,  $U = 5708.5$ ,  $p < .001$  and harsh discipline strategies  $U = 6628$ ,  $p = .006$ , than parents of children with a normal score. Parents of children with a borderline score used more inconsistent strategies,  $U = 3314.5$ ,  $p = .012$ , than parents of children with a normal score. Examining the unique contribution of each parenting variable, the likelihood of having a borderline score was

increased by inconsistent strategies. The likelihood of an abnormal score was increased by inconsistent and harsh discipline strategies (Table 16).

**Table 16****Multinomial logistic regression for conduct problems score**

Predictors	Normal vs. borderline			Normal vs. abnormal		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Age	-0.69 (0.23)	0.50**	[0.32, 0.78]	-0.83 (0.19)	0.44***	[0.30, 0.64]
Gender						
Male <sup>a</sup>						
Female	-0.90 (0.41)	0.41*	[0.18, 0.90]	-0.87 (0.33)	0.42**	[0.22, 0.80]
Father's education						
< high school	0.89 (0.45)	2.42*	[1.00, 5.85]	-0.51 (0.43)	0.60	[0.26, 1.39]
≥ high school <sup>a</sup>						
Mother's education						
< high school	-0.27 (0.55)	0.77	[0.26, 2.25]	1.02 (0.44)	2.77*	[1.17, 6.58]
≥ high school <sup>a</sup>						
Household						
Nuclear	-0.29 (0.45)	0.75	[0.31, 1.82]	-1.08 (0.34)	0.34***	[0.18, 0.66]
Nonnuclear <sup>a</sup>						
Inconsistent	0.28 (0.12)	1.30*	[1.06, 1.67]	0.36 (0.10)	1.44***	[1.19, 1.74]
Harsh	0.00 (0.12)	1.00	[0.79, 1.26]	0.19 (0.10)	1.20*	[1.00, 1.45]
Model	$R^2 = .20$ (Cox & Snell), $.26$ (Nagelkerke). $\chi^2(14) = , p < .001$					

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup> Reference category

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

The SDQ hyperactivity/inattention score was positively associated with inconsistent ( $r_s = 0.13$ ,  $p = 0.012$ ) and harsh discipline strategies ( $r_s = 0.21$ ,  $p < .001$ ). Comparing parental behaviors according to the SDQ categorical score, parents of children with a borderline score used more inconsistent strategies,  $U = 4796.5$ ,  $p = .006$ , than parents of children with a normal score. Parents of children with an abnormal score (90<sup>th</sup> percentile) used less involvement,  $U = 5101.5$ ,  $p = .025$ , and encouragement,  $U =$

5178.5,  $p = .039$ , and more harsh discipline strategies  $U = 6628$ ,  $p = .006$ , than parents of children with a normal score. The multinomial logistic regression confirmed the different pattern of associations for the borderline and abnormal scores (Table 17). The likelihood of a borderline score on hyperactivity was increased by inconsistent strategies. The likelihood of an abnormal score was decreased by involvement and increased by encouragement.

**Table 17****Multinomial logistic regression for hyperactivity/inattention score**

Predictors	Normal vs. borderline			Normal vs. abnormal		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Age	0.02 (.20)	1.02	[0.69, 1.51]	0.10 (0.19)	1.11	[0.76, 1.61]
Gender						
Male <sup>a</sup>						
Female	-0.13 (0.38)	0.88	[0.42, 1.83]	-0.84 (0.37)	0.43*	[0.21, 0.88]
Father's education						
< high school	-0.37 (0.49)	0.69	[0.27, 1.80]	-0.22 (0.43)	0.80	[0.35, 1.85]
≥ high school <sup>a</sup>						
Mother's education						
< high school	0.11 (0.52)	1.11	[0.40, 3.11]	-0.45 (0.50)	0.64	[0.24, 1.68]
≥ high school <sup>a</sup>						
Household						
Nuclear	-0.05 (0.44)	0.95	[0.40, 2.23]	-0.73 (0.36)	0.48*	[0.24, 0.99]
Nonnuclear <sup>a</sup>						
Involvement	-0.31 (0.16)	0.73	[0.53, 1.01]	-0.37 (0.15)	0.69**	[0.52, 0.92]
Encouragement	-0.11 (0.10)	0.89	[0.74, 1.08]	0.25 (0.10)	1.29**	[1.06, 1.56]
Inconsistent	0.25 (0.11)	1.28*	[1.04, 1.58]	0.11 (0.10)	1.11	[0.91, 1.35]
Harsh	0.04 (0.12)	1.04	[0.83, 1.30]	0.15 (0.11)	1.16	[0.94, 1.43]
Model	$R^2 = .10$ (Cox & Snell), $.14$ (Nagelkerke). $\chi^2 (18) = 40.17$ , $p = .002$					

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup> Reference category

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

The emotional symptoms and peer relation problems scales revealed only marginal associations with parental behaviors; these associations did not remain significant in the multivariate analyses.

## Discussion

The current study reinforced the importance of parental involvement and discipline behaviors for child adjustment. The present results may contribute to child health promotion and parenting programs.

Considering the discipline strategies that are commonly recommended to parents, it is important to highlight the high frequency of encouragement and limit-setting strategies and their homogeneous distribution within most SDQ scores. Previous studies also found a high prevalence of encouragement (Sanders et al., 2007) and limit-setting (Socolar et al., 1999). Despite this little variability in the use of effective strategies, which could be viewed as a protective factor, other parental behaviors accounted for children's negative behavior outcomes. Therefore, it is insufficient for parenting interventions to solely promote the use of effective discipline strategies (Wells, 1997). On the other hand, in the present study, an important proportion of parents were not using time-out, which is considered one of the most effective strategies for addressing misbehavior at the targeted ages. International studies reported fairly disparate rates regarding the use of this strategy (Regalado et al., 2004; Sanders et al., 2007; Socolar et al., 2004, 2005; Vittrup et al., 2006).

Due to the effect of inconsistent discipline strategies on behavior outcomes, researchers and clinicians should continue to consider the meaning of "effective" discipline. In fact, the inconsistent discipline scale included strategies that are typically considered as effective, such as distracting and ignoring. However, the way in which par-



ents use these strategies seems to interfere with the outcomes. Apparently, parents may be using these strategies in a non-confrontational mode, without emphasizing rules or following through. The Healthy Steps for Young Children Program previously indicated the risk of using distraction (Boston University School of Medicine Healthy Steps Training Team et al., 2007). Thus, parents should be helped to identify which behaviors should be ignored or redirected (Capaldi et al., 1997).

The association between inconsistent discipline strategies and behavior problems emphasizes the need to consider strategies beyond harsh discipline when equating the impact of ineffective parenting. Parental difficulties in following through and reliance on threats were repeatedly indicated as detrimental for child adjustment (Patterson & Fisher, 2002) but were not often isolated as unique contributors.

Despite the significant effect of inconsistent strategies, harsh discipline seemed to make a unique contribution to abnormal scores. The association between harsh discipline and behavior problems beyond positive parenting was previously demonstrated (McKee et al., 2007). Although most parents reported a sparse use of spanking, the proportion of parents using a single slap at least sometimes was considerable and comparable to international studies (Regalado et al., 2004; Runyan et al., 2010; Socolar et al., 2004; Straus & Stewart, 1999). Furthermore, most of these parents used shouting to correct misbehaviour. Given the extensive evidence regarding the detrimental effect of harsh discipline (Bayer et al., 2011; McKee et al., 2007; Mulvaney & Mebert, 2007), these results should be taken with concern. In addition, as McKee et al. (2007) suggested, even less severe levels of harsh discipline were associated with behavior problems. Hence, parenting education should include information about not only the effects of severe corporal punishment but also the effects of less severe harsh practices.

Perhaps the most interesting finding from the current study was the contribution of parental involvement in the form of parent-child shared activities. The role of positive involvement with the child has been repeatedly established (Russell & Russell, 1996; Trentacosta et al., 2008). Spending time in shared activities with children was even indicated as a “vaccine” for behavior problems (Embry, 2004) or as a “development enhancer” (Bertrand et al., 2008). However, the contribution of shared activities for children’s behavioral adjustment was often not isolated, especially when simultaneously accounting for the effects of several reactive discipline strategies. The need to spend some quality time with children every day is a central message for child health promotion.

The specific results regarding the hyperactivity score deserve some considerations. The pattern found for children with a borderline score emphasized inconsistent discipline strategies, pointing to the need for interventions to target limit-setting to prevent the aggravation of those problems. For children with an abnormal score, the main contributors highlight the importance of the relationship. The protective effect of involvement and the risk effect of encouragement suggest that these children and their families may be engaged in highly negative and coercive relationships, with sparse quality time, lack of opportunities to show desirable behavior, and over reliance on encouragement strategies to achieve desirable behaviors. These families may need to learn to make a more judicious use of discipline strategies according to the type of behaviors in need of correction and to introduce quality time.

Several limitations of this study must be considered. The questionnaire that was used to assess parental behaviors was recently developed and there is insufficient data regarding its reliability and validity. Additionally, data were only obtained by parental report, with the inherent impact of social desirability. Another important limitation is

the cross-sectional design of this study, which restricts the conclusions about the association between parental behaviors and child adjustment.

The appropriate use of discipline may be a complex task to parents, especially when children exhibit more challenging behaviors. Effective discipline involves positive attention and encouragement of desirable behaviors and consistent use of effective reactive discipline strategies (Capaldi et al., 1997). However, such discipline demands that parents maintain positive relations even in the face of difficult behaviors and distinguish between which behaviors to consistently ignore, redirect, or punish (Capaldi et al., 1997; Socolar et al., 2005). According to the present findings, mental health promotion and universal prevention interventions should place a strong focus on parent-child shared activities. More specific prevention efforts must help parents use different strategies for different problems and raise awareness regarding the detrimental effects of harsh discipline strategies beyond corporal punishment.



# Parenting and sleep during early childhood: effects of parental behaviors on sleep-related behaviors, patterns and difficulties

## Abstract

---

**Background:** The importance of sleep-related parental behaviors in ameliorating children's sleep problems has been repeatedly evidenced. More recently, there has been some discussion about the impact of parental discipline practices on sleep outcomes. These different parental behaviors were not examined simultaneously.

**Objectives:** This study aimed to describe the prevalence of sleep difficulties and sleep habits in a community sample of Portuguese toddlers and preschoolers. Additionally, it intended to examine the relative contribution of parental discipline and parental sleep-related behaviors on sleep patterns and difficulties after accounting for sociodemographic variables.

**Methods:** A total of 297 parents of children aged 2 to 6 years participated in this study. The parents completed a set of questionnaires to measure sleep patterns, habits, and difficulties and parental behaviors.

**Results:** Harsh and inconsistent discipline strategies contributed to parental sleep-related behaviors. Short sleep duration was associated with parental involvement at sleep onset and with bedtime schedules. Difficulties in settling were predicted by parental discipline strategies and by parental sleep-related behaviors. Night waking were only predicted by parental sleep-related behaviors.

**Conclusions:** This work reinforced the importance of broader parental behaviors and parental sleep-related behaviors for the quality of children's sleep. Our findings are consistent with common recommendations on sleep hygiene and indicate that sleep interventions should address broader parental behaviors to change parental sleep behaviors and children's sleep outcomes.

**Keywords:** early childhood, sleep difficulties, parenting, discipline practices

---

## Introduction

According to international estimates, between 20 and 30% of children experience sleep problems at some point during childhood (Owens, 2008). During early childhood, sleep problems are highly prevalent and can have deleterious effects on the well-

being of children and families (Gregory et al., 2008; Meltzer & Mindell, 2007). Moreover, sleep problems in early childhood appear to persist into older ages (Pollock, 1994).

Despite the fact that common sleep problems, such as bedtime resistance and night wakings, result from the interplay between biological and environmental factors (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, & Sadeh, 2006), these latter have received particular attention. Explicative models of child sleep emphasize the role of parental behaviors. According to the transactional model proposed by Sadeh et al. (2010), child sleep is influenced by intrinsic child factors and by parenting factors, including the parent-child relationship and parental sleep-related behaviors. Parental sleep-related behaviors have the most immediate and direct association with the child's sleep. Likewise, the integrative model revised in Touchette, Petit, Tremblay, and Montplaisir (2009) suggests that specific parental behaviors around the child's sleep period (such as their presence at sleep onset and active comfort) are the main contributors to the development of childhood dyssomnias.

The role of parental behaviors in children's sleep development and sleep problems has been repeatedly demonstrated (Sadeh et al., 2010). Overall, parental involvement with the child at sleep onset and following night wakings (e.g., parents' presence in the child's room, laying with the child) is the practice that has received more extensive research. It has been suggested that parental involvement at sleep onset may prevent the child from developing appropriate self-soothing skills (Simard et al., 2008). Consistently, this behavior was associated with worse sleep outcomes, including poor sleep consolidation (Touchette et al., 2005), short sleep duration (Sadeh et al., 2009), long sleep onset latency (Simard et al., 2008), and night wakings (Sadeh et al., 2009).

Better sleep outcomes were associated with consistent bedtime routines (Mindell, Sadeh, Kohyama, & How, 2010) and parental behaviors that presume the au-

tonomy of the child when falling asleep, such as falling asleep independently, putting the child awake in bed or leaving the child to cry (Mindell et al., 2010; Morrell & Cortina-Borja, 2002). Morrell and Cortina-Borja's (2002) findings suggest the importance of a balance between parental behaviors, given that the parents of children without sleep problems still used active physical comforting often (e.g., rocking, holding, feeding, settling in parents' bed) but this appeared to be balanced by the equivalent use of strategies that encouraged autonomy. The work from Spilsbury et al. (2005) reinforced the importance of encouraging autonomy by showing that a parenting style encouraging social maturity was linked to healthier sleep.

Effective prevention and clinical interventions for nonmedical sleep problems in early childhood reinforce the importance of parental behaviors. These interventions have focused on changing the parents' knowledge and behaviors to decrease parental involvement during sleep onset and night waking, encourage the child's self-soothing skills, and change the child's sleep context (Mindell et al., 2006; Morgenthaler et al., 2006).

Despite the growing evidence regarding the impact of parental behaviors on children's sleep outcomes, the mechanisms underlying the use of different strategies by parents remain unclear. Some authors suggested that parents are guided by their children's temperament (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Others proposed that the differences in parental behaviors reflect individual differences in parental factors, such as parents' hardiness (N. Johnson & McMahon, 2008), warmth or sensitivity (Adam et al., 2007; B. Bell & Belsky, 2008), or cognitions regarding infants' sleep (Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh et al., 2007).

Parental cognitions about their difficulty in setting limits were associated with the use of active physical comfort strategies and with children's sleep problems

(Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh et al., 2007). These findings raise the hypothesis that parents' difficulties regarding the regulation of their children's sleep are part of underlying difficulties in the regulation of the child's overall behavior. Previous works explored parenting discipline styles, pointing to the role of the dimension of control, which is consistent with stricter rules and limit-setting (Adam et al., 2007; Owens-Stively et al., 1997). However, these studies did not account for the effect of parental sleep-related behaviors on sleep. Therefore, the way by which general parental behaviors and parental sleep-related behaviors are associated with their child's sleep has not been explored. Additionally, most studies about the effects of sleep-related behaviors on children's sleep were conducted with infants. The need to get a better understanding of the relation between parental behaviors and preschool children sleep was emphasized by Reid, Hong, and Wade (2009).

The aims of this study were as follows: to describe the prevalence of sleep habits and difficulties in a community sample of Portuguese children aged 2 to 6 years and to simultaneously examine the associations of parental discipline strategies and parental sleep-related behaviors with children's sleep patterns and difficulties.

## Methods

### Participants

Parents of young children were invited to participate through day care centers in the area of Lisbon, Portugal. The study protocol was sent home and 300 parents returned it. Three protocols were considered to be ineligible for analysis.

From the 297 children that were eligible, 50.8% were male (see Table 18 for demographics). Children aged from 20 and 77 months ( $M = 45.75$ ,  $SD = 12.95$ ). The majority of them was first born (60.5%) and lived in nuclear households (78.8%).



Mothers completed most of the questionnaires (75.3%). The mothers were between 21 and 47 years old ( $M=35.29$ ,  $SD=5.02$ ). The majority of the mothers had a high school (31.1%) or higher (55.4%) educational level. Most of the mothers were employed (80.1%). The majority of parents were married (52%) or cohabiting (31%).

**Table 18**  
**Child and family demographic characteristics**

	Child		Mother		Father	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gender						
Boy	151	50.8				
Girl	146	49.2				
Household composition						
One parent	41	13.8				
Two parents	234	78.8				
Other (e.g. grandparents)	22	7.4				
Birth order						
First born	179	60.5				
Second or more	117	39.5				
Parents' educational level						
<High school			40	13.5	54	18.7
High school			92	31.1	103	35.6
Bachelor's or higher			164	55.4	132	45.7
Marital Status						
Married			153	52.0		
Cohabiting			91	31.0		
Single			16	5.4		
Separated			21	7.1		
Divorced			10	3.4		
Other			3	1.0		
Employment status						
Employed			234	80.1	251	86.9
Uncertain job			7	2.4	14	4.8
Unemployed			34	11.7	22	7.6

Housewife	16	5.5		
Retired	1	0.3	2	0.7

## Measures

**Sleep patterns, habits, and difficulties.** This study was part of a larger project on child development and adjustment. Given that there is no gold standard for sleep assessment that spans infancy and early childhood, that the study protocol was extensive, demanding conciseness, and that most sleep questionnaires were designed to capture dimensions that were not the target of this study (e.g., respiratory sleep disorders), a questionnaire was developed specifically for the purposes of this project. The content of the questionnaire was derived from research regarding sleep patterns, habits, and difficulties during early childhood and from other questionnaires (e.g., The Brief Infant Sleep Questionnaire [BISQ], Sadeh, 2004; The Children's Sleep Habits Questionnaire [CSHQ], Goodlin-Jones, Sitnick, Tang, Liu, & Anders, 2006; Owens, Spirito, & McGuinn, 2000).

The parents were asked about their perception of whether their child's sleep was a problem using a three point scale (not a problem, a mild problem, a severe problem). Additionally, the parents reported the child's sleep habits (i.e., sleep schedules, daytime sleep, sleep arrangements) and the parental sleep-related behaviors (i.e., regularity of bedtime, use of a bedtime routine, and bedtime strategies). Parents were also asked about the frequency of several sleep related difficulties (e.g., bedtime resistance, difficulties in settling, night wakings), sleep onset latency and sleep onset latency after a night waking. Most questions required responses rated on a 3-point scale (0-1 time a week, 2-4 times a week, 5-7 times a week) or the selection among multiple choices.

To reduce the number of variables and to analyze the structure of the questionnaire, a factor analysis was performed for the items regarding sleep difficulties. For this

purpose, the variables on sleep onset latency and sleep onset latency after a night waking were recoded in a three-point scale (1 – less than 20 minutes; 2 – 20-30 minutes; 3 – more than 30 minutes). The number of night wakings was also recoded (1 – 0 night wakings; 2 – 1-2 night wakings; 3 – more than two night wakings). In the factor analysis, only items with factor loadings higher than .3 and with item-total correlations higher than .2 were retained. A 3-component model was achieved that accounted for 68.42% of the variance: difficulties to settle (bedtime resistance, difficulties to fall asleep, sleep onset latency), night wakings (night wakings frequency, number of night waking, going to parents' bed), and parasomnias (nightmares and night terrors). The Cronbach alpha coefficient for the total scale was .698 and ranged between .695 and .748 for the subscales.

**Parents' discipline strategies.** Parents' discipline strategies were evaluated using the Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ), which was developed in the context of the project "From little tiny...". The questionnaire was designed to reflect a range of parental behaviors, including parent-child activities and discipline strategies, while maintaining the conciseness of the questionnaire. The items were derived from research about the role of parenting and discipline for children's outcomes (Socolar, 1997), dimensions that are commonly included in programs and recommendations for the promotion of child development and behavioral adjustment, and other questionnaires on this subject (e.g., The Discipline Survey, Socolar, Savage, Devellis, & Evans, 2004; Parent Behavior Checklist [PBC], Fox, 1994).

The final version of the questionnaire included 15 items about parent-child activities, strategies to encourage appropriate behaviors, and effective and ineffective strategies to address misbehavior. The questionnaire was studied with 451 parents and subject

to factor analysis. For the items on parent-child activities, one factor was extracted (involvement). For the items regarding proactive and reactive discipline strategies, four factors were extracted: encouragement (e.g., praising, giving a privilege), inconsistent strategies (e.g., ignoring, threatening), limit-setting (e.g., time-out), and harsh discipline (e.g., shouting, giving a slap). The Cronbach's alpha coefficient ranged from .5 to .6.

**Socio-Demographic Questionnaire.** Background information on the child (e.g., gender, age, birth order, health status, previous inclusion for special educational needs) and parents (e.g., marital status, age, educational level, employment status, household composition) was collected using a general questionnaire.

## **Procedures**

This study was part of a major project on child development promotion – “From little tiny...”. To recruit parents, personal contacts were made with the directors of early child care centers to request permission to present the study to parents. All of the parents of children aged from 2 to 6 years attending the participating day care centers were invited to participate. The subjects were informed about the study by the day care personnel or by the researcher and received an explanatory letter inviting them to participate along with the informed consent form. Once the parents returned the consent form, the study protocol and a cover letter were sent home by the child care centers' personnel. All of the questionnaires were returned to the child's teacher in sealed envelopes.

## **Analysis**

Descriptive data for sleep patterns, habits, and difficulties were obtained.

Spearman correlations were used to analyze the associations between sleep patterns and difficulties and parental behaviors, including parental behaviors at bedtime and discipline strategies.

To control for possible confounders and to identify the main correlates of parental sleep-related behaviors and sleep duration and difficulties, logistic regression analyses were run. The predictors were the parental behaviors revealing significant correlations with the outcomes. The possible confounders were the child's age, gender, and birth order; the parents' age, educational level, and employment status; and the number of children in the home. The outcome variables were short sleep duration (less than 10 hours of nighttime sleep), regular bedtime schedule (five or more times a week), regular bedtime routine (five or more times a week), bed sharing, parental presence at sleep onset, difficulties in settling, and night wakings. Given the skewed distributions of the variables regarding sleep difficulties, these variables were dichotomized, using the criteria of Gaylor, Goodlin-Jones, and Anders (2001) for the "normal" category of the classification of severity. The fits of the final models were evaluated using the Omnibus test of coefficients. The statistical tests of the regression estimated odds ratios were based on Wald statistics.

The analyses were performed using PASW Statistics 18 for Windows. The tests findings were considered to be significant if  $p < 0.05$ .

## Results

### Sleep habits, patterns and difficulties

Most children were put to sleep between 8 and 9:30 PM (56%) and woke up between 7 and 8:30 AM (84%). An important proportion of children had later bedtime

schedules (44%). Children slept on average 9.79 ( $SD=0.81$ ) hours per night. Most children slept 10 hours (52%) or less (31%).

Children slept in their own bed in a separate bedroom (47.1%) or shared the bedroom with siblings (31.3%) or parents (11.4%). A small proportion of children shared the bed with their parents (10.1%). Half of the children (50.8%) were put to sleep in their beds alone and the remainder received some type of comfort from the parents: parent's presence in the bedroom (18.5%) or active comfort, including feeding (3.4%), rocking or holding (1.4%) and laying down with the child (25.9%). The majority of the children had a regular bedtime schedule (79.1%) and a bedtime routine (82.5%) on most days.

Sleep related difficulties were relatively common (Table 19). Bedtime resistance was the most frequent. The average time of sleep onset latency was 21.44 ( $SD = 15.98$ ), with 46.8% of children taking 20 minutes or more to fall asleep. Despite these results, most parents (81.4%) did not consider their child to have a sleep problem.

**Table 19**  
**Descriptives of sleep related difficulties**

	1 (0-1 times a week; < 20 minutes; < 1) n (%)	2 (2-4 times a week; 20-30 minutes; 1) n (%)	3 (5-7 times a week; > 30 minutes; > 1) n (%)	<i>Mdn</i>
Sleep difficulties				11
Difficulties in settling				4
Bedtime resistance	177 (59.6)	78 (26.3)	42 (14.1)	
Difficulties in settling	222 (74.7)	63 (21.2)	12 (4)	
Sleep onset latency	158 (53.2)	110 (37)	29 (9.8)	
Night waking				4
Night waking	201 (67.7)	69 (23.2)	27 (9.1)	
Going to parents' bed	199 (67)	53 (17.8)	45 (15.2)	

No of night waking	128 (43.1)	131 (44.1)	38 (12.8)
Parassomnias			2
Night terrors	268 (90.2)	28 (9.4)	1 (0.3)
Nightmares	269 (90.6)	26 (8.8)	2 (0.7)

### Correlates of Parental Sleep-Related Behaviors

Bed sharing was associated with encouragement ( $r_s = .20, p = .001$ ;  $r_s = .14, p = .02$ ), inconsistent strategies ( $r_s = .16, p = .008$ ;  $r_s = .17, p = .004$ ), limit-setting ( $r_s = -.15, p = .012$ ;  $r_s = -.13, p = .027$ ), and harsh discipline strategies ( $r_s = .16, p = .007$ ;  $r_s = .12, p = .042$ ). Controlling for the effects of possible confounders, the higher scores on inconsistent strategies were associated with an increased likelihood of bed sharing while the higher scores on limit-setting strategies predicted a lower likelihood of bed sharing (Table 20).

Parental presence or involvement being required to fall asleep (comfort) was associated with encouragement ( $r_s = .18, p = .002$ ), inconsistent strategies ( $r_s = .20, p = .001$ ), and limit-setting discipline strategies ( $r_s = -.12, p = .033$ ). In the logistic regression, higher scores on inconsistent strategies increased the likelihood of parental presence at bedtime (comfort) and of using active comfort strategies to settle the child (Table 20).

Implementing regular bedtime schedules and using a bedtime routine were associated with the use of encouragement ( $r_s = -.14, p = .015$ ;  $r_s = -.17, p = .003$ ), limit-setting ( $r_s = .15, p = .009$ ;  $r_s = .16, p = .005$ ), and harsh discipline strategies ( $r_s = -.12, p = .043$ ;  $r_s = -.15, p = .011$ ). Using a logistic regression, higher scores on harsh discipline had a negative effect on regular bedtime schedules and routines (Table 20).

**Table 20****Predictors of parental sleep-related behaviors**

Sleep Habits	Predictors	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
<b>Bed sharing</b>	Inconsistency	0.28 (0.12)	1.19*	[1.01, 1.41]
	Limit-setting	-0.25 (0.11)	0.83*	[0.71, 0.97]
	$R^2 = .06$ (Cox & Snell), .13 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (5) = 18.30, $p = .003$			
<b>Comfort</b>	Inconsistency	0.21 (0.07)	1.24**	[1.07, 1.42]
	$R^2 = .12$ (Cox & Snell), .16 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (6) = 38.71, $p < .001$			
<b>Active comfort</b>	Inconsistency	0.15 (0.08)	1.16*	[1.01, 1.35]
	$R^2 = .08$ (Cox & Snell), .11 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (5) = 22.83, $p < .001$			
<b>Regular schedule</b>	Harsh discipline	-0.23 (0.10)	0.79*	[0.65, 0.96]
	$R^2 = .12$ (Cox & Snell), .19 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (5) = 38.52, $p < .001$			
<b>Bedtime routine</b>	Harsh discipline	-0.27 (0.11)	0.77*	[0.62, 0.95]
	$R^2 = .13$ (Cox & Snell), .22 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (6) = 38.86, $p < .001$			

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup>Adjusted for socio-demographic confounders

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

**Correlates of Sleep Patterns and Difficulties**

**Sleep duration.** Sleep duration was positively associated with the higher frequency use of a bedtime routine ( $r_s = .22$ ,  $p < .001$ ) and of a regular bedtime schedule ( $r_s = .20$ ,  $p = .001$ ). Children were more likely to sleep for longer periods if they were encouraged to fall asleep without parental presence or involvement ( $U = 8363$ ,  $p < .001$ ) and if they slept in a separate room ( $U = 6050.5$ ,  $p = .02$ ). Controlling for possible confounders, parental presence to fall asleep increased the likelihood of short sleep duration and implementing regular schedules decreased it (Table 21).



**Table 21****Predictors of short sleep duration**

Predictors	Short sleep duration		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Regular bedtime <sup>b</sup>	-0.78 (0.32)	0.46*	[0.24, 0.87]
Comfort	0.66 (0.28)	1.94*	[1.12, 3.38]
$R^2 = .077$ (Cox & Snell), .108 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (4) = 23.19, $p < .001$			

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup>Adjusted for socio-demographic confounders

<sup>b</sup>The reference category was fewer than five times a week

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

**Sleep difficulties.** Table 22 presents the results of the logistic regression analyses examining the contributions of parental behaviors to sleep difficulties. In all regressions, the socio-demographic factors were entered in the first block (Model 1, data not reported). Parental discipline behaviors were entered in the second block (Model 2) and parental sleep-related behaviors were entered in the third block (Model 3).

Difficulties in settling were associated with the lower frequency of a regular bedtime schedule ( $r_s = -.259$ ,  $p < .001$ ), minimal bedtime routines ( $r_s = -.21$ ,  $p = .002$ ), and parental presence to fall asleep ( $r_s = .28$ ,  $p < .001$ ). Difficulties in settling were also associated with higher scores on encouragement ( $r_s = .20$ ,  $p = .003$ ) and inconsistent ( $r_s = .21$ ,  $p = .002$ ). In the logistic regression, inconsistent discipline strategies explained a small proportion of the variance of difficulties in settling. The model including both inconsistent discipline strategies and regular bedtime schedules was a better fit, but still explained a small proportion of the variance. This model showed a protection effect from regular bedtime schedules and a risk effect from inconsistent strategies (Table 22).

Concerning night wakings, a higher frequency of occurrence was associated with bedsharing ( $r_s = .18$ ,  $p = .007$ ) and parental presence to fall asleep ( $r_s = .19$ ,  $p = .001$ ). Parental discipline strategies were not associated with night waking. After controlling

for possible confounders and for the effects of all relevant parenting practices, bed sharing and parental presence to fall asleep remained significant predictors (Table 22).

**Table 22**  
**Predictors of sleep difficulties**

Predictors of difficulty in settling	Model 2		Model 3	
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup> [95% CI]	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup> [95% CI]
Inconsistency	0.21 (0.08)	1.24** [1.05, 1.46]	0.21 (0.09)	1.24** [1.05, 1.46]
Regular schedule <sup>b</sup>	-	-	-1.05 (0.33)	0.35** [0.18, 0.67]
Model	<i>R</i> <sup>2</sup> = .07 (Cox & Snell), .10 (Nagelkerke). Model $\chi^2(3) = 21.29, p < .001$		<i>R</i> <sup>2</sup> = .1 (Cox & Snell), .15 (Nagelkerke). Model $\chi^2(4) = 31.08, p < .001$	
Predictors of Night Wakings	Model 2		Model 3	
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup> [95% CI]	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup> [95% CI]
Comfort	-	-	0.71 (0.28)	2.02** [1.16, 3.52]
Bedsharing	-	-	0.98 (0.40)	2.66* [1.20, 5.85]
Model	-		<i>R</i> <sup>2</sup> = .06 (Cox & Snell), .09 (Nagelkerke). Model $\chi^2(4) = 19.31, p = .001$	

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup>Adjusted for possible confounders

<sup>b</sup>The reference category was fewer than five times a week

\**p* < .05. \*\**p* < .01. \*\*\**p* < .005

## Discussion

To the best of our knowledge, this is the first Portuguese study describing toddlers' and preschoolers' sleep patterns and difficulties and parenting correlates, including parental behaviors at bedtime and discipline strategies. Our findings show some contributions from parental discipline strategies that may underlie the effects of sleep-

related parental behaviors on the sleep outcomes previously described in the literature. As proposed by the transactional model (Sadeh et al., 2010), parental sleep-related behaviors were better predictors of sleep difficulties than parental discipline strategies.

### **Sleep patterns, habits, and difficulties**

Concerning sleep patterns, similar schedules and nighttime sleep durations were found for other European countries. It should be noted that an important proportion of children had late bedtime schedules and approximately 30% slept fewer than 10 hours. Given the negative impact of short sleep duration in children's overall wellbeing (Touchette et al., 2007), this finding should be explored and preventive interventions should be implemented by the Portuguese health services.

Regarding sleep arrangements, the majority of children slept in their own bed. Considering children's sleep habits, there was a high frequency of the practices that are commonly included in recommendations for sleep hygiene (Owens & Witmans, 2004): most children had a regular bedtime schedule and routine; half of the children were encouraged to fall asleep alone. Nevertheless, a high proportion of children still fell asleep with some type of parental involvement. Consistent with the evidence indicating that the use of more physical and active strategies (e.g., feeding, rocking, and holding) decreases as children get older (Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh et al., 2009), the frequency of use of such strategies was low. However, a high proportion of children fell asleep with the parent's presence in the bedroom or with the parent lying down with the child. The percentage of parents lying down with the child to fall asleep appears to be somewhat high compared with previous data (Sadeh et al., 2009). However, those earlier studies included younger children that still slept in a crib. Therefore, the parents of older children may replace more active strategies by lying down with the child.

Sleep related difficulties were common, bedtime resistance being the most prevalent, and were similar in frequency to the results reported in other countries (Thunström, 1999). However, the number of parents reporting the presence of a sleep problem was lower than the values found in the international data (Sadeh et al., 2011).

### **Parental discipline strategies and parental sleep-related behaviors**

Parental discipline strategies contributed to the use of several sleep related behaviors. Interestingly, higher scores on harsh discipline strategies reduced the likelihood of using regular bedtime schedules and routines, which may reflect the difficulties that parents have in relying on these strategies to provide structure to the child's everyday life. The use of inconsistent discipline strategies emerged as a predictor for bed sharing and for parental presence at the child's sleep onset. This finding is consistent with previous studies indicating that the parents who reported greater difficulty in limit-setting were less likely to encourage the child's autonomy when falling asleep (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Moreover, the use of limit-setting discipline strategies had a negative predictive value for the practice of bed sharing.

Parental discipline strategies explained a small to moderate proportion of the variance regarding parental sleep-related behaviors, indicating that probably the choice of these behaviors is also influenced by several parental (e.g., cognitions and family functioning) and child factors (e.g., temperament) as proposed in the transactional model (Sadeh et al., 2010). Despite the modest role of discipline strategies in the adoption of parental sleep-related behaviors, it should be considered for intervention purposes. During the toddler and preschool years, some developmental issues, such as the child growing autonomy, can make bedtime behaviors particularly challenging. If parents rely on

ineffective discipline strategies, changing their parental sleep-related behaviors may be particularly difficult.

### **Predictors of sleep duration and difficulties**

The importance of parental behaviors for child sleep was reinforced by our findings. Parental inconsistent discipline strategies accounted for a small but significant proportion of the variance of difficulties in settling. The model including parental sleep-related behaviors revealed a better fit, but still accounted for only a modest proportion of the variance of difficulties in settling. Reid et al. (2009) found a modest association between parenting and sleep problems and hypothesized that it was due to the fact that they only examined general parenting behaviors and not sleep-related behaviors. Our findings suggest that parental discipline behaviors only account for some types of sleep problems and that specific parental sleep-related behaviors have unique contributions for children's sleep.

The importance of parental bedtime behaviors was highlighted by the impact of parental presence to fall asleep on short sleep duration as found by other authors (Sadeh et al., 2009; Simard et al., 2008). The use of regular bedtime schedules was a predictor of sleep duration, which is consistent with the common recommendations on sleep hygiene (Owens & Witmans, 2004). The importance of regular bedtime schedules was also reinforced by its association with difficulties in settling.

The pattern of predictors found for different sleep difficulties is consistent with the subtypes of childhood behavioral insomnia described in the International Classification of Sleep Disorders (ICSD, American Academy of Sleep Medicine, 2005). Difficulties in settling were associated with inconsistent discipline strategies and with the use of regular bedtime schedules. According to the classification, the limit-setting subtype as-

sumes insufficient limit-setting and structure from the caregiver. Night wakings were predicted by bed sharing and parental presence to fall asleep. According to the ICSD, night wakings fall within the sleep-onset association type, which assumes the need for special conditions to sleep. Our findings support the different roles of parental behaviors in children's sleep problems as stated in the ICSD.

### **Limitations**

There are a number of limitations to the present study. The sample size did not allow for a powerful analysis or examination of effect sizes. In addition, the sample was skewed regarding the parents' educational level and only comprised parents from the urban area of Lisbon. The instruments used to evaluate sleep and discipline were recently developed, and there is not enough information about their reliability and validity. Moreover, the data were exclusively obtained from parental report with the inherent limitations of the parents' awareness of sleep onset, sleep onset latency, and night wakings (Sadeh, 1996). Lastly, although the findings were interpreted taking parental behaviors as predictors of sleep outcomes, the data do not allow for causality analysis. Despite these limitations, the results from this study are comparable with the previous data as discussed above.

### **Conclusions**

The transactional model proposed by Sadeh et al. (2010) did not clarify the contribution of the parent-child relationship (i.e., attachment, emotional availability, interaction) to children's sleep, but stated that parental factors that influence child sleep are mediated by parental sleep-related behaviors. Our data indicated that the strategies that parents use to manage their children's overall behavior appear to influence the strategies

they choose to manage their children's behavior at bedtime. In addition, parental sleep-related behaviors contribute to different types of sleep difficulties. Finally, parental discipline strategies appear to have a direct contribution for the occurrence of difficulties in settling. These specific patterns of associations should be further explored.

The importance of common recommendations from sleep interventions, such as keeping regular bedtime schedules and encouraging the child to fall asleep alone, was reinforced by the findings from the present study. Considering the effectiveness of simple sleep hygiene recommendations and the association between parental behaviors and sleep outcomes, Martin, Barajas, Brooks-Gunn, and Hale (2011) highlighted the potential of promoting specific parental sleep-related behaviors in broader parenting programs. The results from the present study not only support this proposal but also point that sleep interventions should consider more general parenting practices, such as the parents' usual behavior management strategies.





# Sleep and behavior difficulties during early childhood: the role of parental discipline strategies and parental sleep-related behaviors

## Abstract

---

**Background:** Children's sleep problems have been associated with behavioral adjustment. However, the mechanisms explaining the association are not fully understood. Some authors suggest that the association may be explained by parents' overall difficulties in regulating their children's behavior.

**Objectives:** The objective of this paper is to examine the association between children's sleep and adjustment after accounting for the effects of parental discipline strategies and parental sleep-related behaviors.

**Methods:** Participants included 222 parents of children aged 2 to 6 years old. Parents completed a set of questionnaires about sleep patterns, habits, and difficulties; parental discipline strategies; and behavior problems.

**Results:** The SDQ total difficulties score was only predicted by parental behaviors. The SDQ conduct problems score was predicted by bedtime resistance, inconsistent discipline strategies, and bed sharing. The results for internalizing problems were not significant.

**Discussion:** The findings from this study suggest that the association between sleep and behavior may be explained by parental regulation of their children's behavior. The specificity of the associations between sleep problems and behavior adjustment should be considered.

**Key-words:** sleep problems, behavior adjustment, parental behaviors

---

## Introduction

Improving the quality of children's sleep is among the current recommendations and policies promoting good health in the early years of life (Healthy People 2020). In fact, sleep problems are highly prevalent in young children and there is increasing recognition of the impact of sleep in children's physical, emotional, and behavioral health (Fallone et al., 2002).

Disrupted sleep during childhood has been associated with an increased rate of behavior problems (Gregory & Sadeh, 2012), difficulties with cognitive functioning and

learning (Touchette et al., 2007), increased risk of injuries and childhood obesity (Bell & Zimmerman, 2010; Koulouglioti, Cole, & Kitzman, 2008).

Regarding the association between sleep and behavioral problems, several studies have noted that a short duration of sleep and sleepiness are risk factors for behavior problems (Fallone et al., 2002; Touchette et al., 2007). Other research has reported associations between specific sleep problems and adjustment (Chervin, Dillon, Bassetti, Ganoczy, & Pituch, 1997; Gregory et al., 2008).

The associations between sleep habits and behavioral outcomes have been examined and later bedtimes and irregular sleep schedules are associated with an increased risk for behavior problems (Komada et al., 2011). In contrast, some activities, such as language-based bedtime routines, are inversely associated with behavior problems (Hale, Berger, LeBourgeois, & Brooks-Gunn, 2011). The association between bed sharing and behavior outcomes has been explained by sociodemographic characteristics (Barajas, Martin, Brooks-Gunn, & Hale, 2011).

Despite the growing evidence on the associations between sleep and behavior problems, the mechanisms underlying these associations are not completely understood (Gregory & Sadeh, 2012). Both genetic and environmental factors are likely to contribute to the association between sleep and behavioral problems (Gregory & Sadeh, 2012). Some authors have suggested that this association could be explained by the effects of sleep disturbance on daytime sleepiness, which has behavioral manifestations in children, such as irritability or impulsivity (Fallone et al., 2002). Others have proposed that sleep problems and behavioral adjustment may be associated only because they share risk factors, such as the child temperament (Goodnight, Bates, Staples, Pettit, & Dodge, 2007) or family factors (Gregory & Sadeh, 2012).

Some research on the association between children's sleep and adjustment has accounted for shared family factors, such as family stress, parenting, family functioning, and parental psychopathology (Bates et al., 2002; Coulombe et al., 2010; G. J. Reid et al., 2009). These studies showed that sleep variables accounted for a small, but significant, proportion of the variance in children's adjustment and revealed complex patterns of associations.

Parenting is one of the family-related processes that is frequently examined in the quest for understanding the relationship between sleep and behavior problems. A great deal of research has shown the importance of parenting on children's adjustment (Collins et al., 2000). In addition, the effects of parental sleep-related behaviors on child's sleep have been repeatedly demonstrated (Bell & Belsky, 2008; Sadeh, Tikotzky, & Scher, 2010). The parent-child relationship was also associated with sleep outcomes (Adam, Snell, & Pendry, 2007; Bell & Belsky, 2008; Bordeleau, Bernier, & Carrier, 2012; Owens-Stively et al., 1997). Some authors have suggested that the difficulties parents face in the regulation of their children's sleep represent underlying difficulties in the regulation of the child's overall behavior (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Therefore, parenting could explain some of the shared variability between sleep and behavior problems (Gregory & Sadeh, 2012).

Despite the evidence on the effect of parenting on children's sleep and adjustment, and on the influence of parental sleep-related behaviors, these more general and specific parental behaviors have not been simultaneously accounted for in the examination of the association between sleep and overall adjustment. Reid et al. (2009) found that adverse parenting contributed to both sleep problems and emotional and behavioral problems. After adjusting for the effect of parenting and other risk factors, child sleep problems explained a small, but significant, proportion of the variance in internalizing

and externalizing problems, appearing to exacerbate these problems. According to the model proposed, several family risk factors (i.e., socio-demographic characteristics, family functioning, and depressive symptomatology) related to parenting which in turn related to sleep problems and behavior problems. The authors indicated the need to examine simultaneously more proximal influences on children's sleep (i.e., parental sleep-related behaviors) to better understand how the risk factors they studied operate.

The aim of the present study was to examine the association between children's sleep and overall adjustment after accounting for the effects of parental discipline strategies and parental sleep-related behaviors.

## **Methods**

### **Participants**

Parents of young children were invited to participate through day care centers in Lisbon, Portugal. The study protocol was sent home and 225 parents agreed to participate. Three protocols returned by parents were considered ineligible for analysis.

Of the 222 eligible children, 49.1% were male (Table 23). The age of the children ranged from 3 to 6 years ( $M = 3.83$ ,  $SD = 0.79$ ). The majority were first-born (60.2%) and lived in nuclear households (77.5%).

Most of the questionnaires were completed by the child's mother (79.5%). The age of the mothers was between 21 and 47 years ( $M=35.52$ ,  $SD=4.92$ ). The majority of mothers had a high school education (33.5%) or greater (52.9%), and most were employed (80.3%). The majority of parents were married (49.8%) or cohabiting (31.5%).

**Table 23****Child and family demographic characteristics**

	Child		Mother		Father	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gender						
Boy	109	49.1				
Girl	113	50.9				
Household composition						
One parent	34	15.3				
Two parents	172	77.5				
Other (e.g., grandparents)	16	7.2				
Birth order						
First born	133	60.2				
Second or more	88	39.8				
Educational level						
<High school			30	13.6	44	20.4
High school			74	33.5	80	37.0
Bachelor's or higher			117	52.9	92	42.6
Marital Status						
Married			109	49.8		
Cohabiting			69	31.5		
Single			10	4.6		
Separated			19	8.7		
Divorced			10	4.6		
Other			2	0.9		
Employment status						
Employed			175	80.3	190	88.4
Uncertain job			6	2.8	11	5.1
Unemployed			23	10.6	13	6.0
Housewife			13	6.0		
Retired			1	0.5	1	0.5

**Measures**

**Behavior problems.** Children's behavioral problems were evaluated using the parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The SDQ is a

brief screening questionnaire for children aged 3 to 16 years old and covers a broad range of behavioral issues (Goodman, 1997).

The SDQ includes 25 core items on psychological attributes, rated on a three-point scale (not true, somewhat true, and certainly true). These items are organized in five scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems, and prosocial behavior. The first four scales generate a total difficulties score. Each score may be classified as normal, borderline (80<sup>th</sup> percentile) or abnormal (90<sup>th</sup> percentile) (Goodman, 2001).

The original version of the SDQ has appropriate psychometric properties and convergent validity against psychiatric diagnoses (Goodman, 2001). The Portuguese version of the SDQ has been empirically validated (Marzocchi et al., 2004). For the present sample, the reliability of the SDQ scores was comparable to other studies; the Cronbach's alpha for the total difficulties score was .76.

**Sleep patterns, habits, and difficulties.** Sleep variables were assessed using a questionnaire developed specifically developed for the purposes of a larger project in which this study is embedded. Questions about sleep patterns, habits, and difficulties are included in this concise questionnaire. The content of the questionnaire was derived from research regarding sleep patterns, habits, and difficulties during early childhood and from other questionnaires (e.g., The Brief Infant Sleep Questionnaire [BISQ], Sadeh, 2004; The Children's Sleep Habits Questionnaire [CSHQ], Goodlin-Jones, Sitnick, Tang, Liu, & Anders, 2006; Owens, Spirito, & McGuinn, 2000).

The parents were asked about their perception of whether their child's sleep was a problem using a three point scale (not a problem, a mild problem, a severe problem). Additionally, the parents reported the child's sleep habits (i.e., sleep schedules, daytime

sleep, sleep arrangements) and the parental sleep-related behaviors (i.e., regularity of bedtime, use of a bedtime routine, and bedtime strategies). Parents were also asked about the frequency of several sleep related difficulties (e.g., bedtime resistance, difficulties in settling, night wakings), sleep onset latency and sleep onset latency after a night waking. Most questions required responses rated on a 3-point scale (0-1 time a week, 2-4 times a week, 5-7 times a week) or the selection among multiple choices.

To reduce the number of variables and to analyze the structure of the questionnaire, a factor analysis was performed for the items regarding sleep difficulties. For this purpose, the variables on sleep onset latency and sleep onset latency after a night waking were recoded in a three-point scale (1 – less than 20 minutes; 2 – 20-30 minutes; 3 – more than 30 minutes). The number of night wakings was also recoded (1 – 0 night wakings; 2 – 1-2 night wakings; 3 – more than two night wakings). In factor analysis, only items with factor loadings higher than .3 and with item-total correlations higher than .2 were retained. A 3-component model was achieved that accounted for 68.42% of the variance: difficulties to settle (bedtime resistance, difficulties to fall asleep, sleep onset latency), night wakings (night wakings frequency, number of night waking, going to parents' bed), and parasomnias (nightmares and night terrors). The Cronbach alpha coefficient for the total scale was .698 and ranged between .695 and .748 for the subscales.

**Parental discipline strategies.** Parents' discipline strategies were evaluated using the Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ), which was also developed in the context of a broader project by this research team. The questionnaire was designed to assess a range of parental behaviors, including parent-child activities and discipline strategies, in a concise format. The items were derived from research about

the role of parenting and discipline in child outcomes (Socolar, 1997), from dimensions commonly included in programs and recommendations for the promotion of child development and behavioral adjustment, and from other questionnaires on this subject (e.g., The Discipline Survey, Socolar, Savage, Devellis, & Evans, 2004; Parent Behavior Checklist [PBC], Fox, 1994).

The final version of the questionnaire included 15 items about parent-child activities, strategies to encourage appropriate behaviors, and effective and ineffective strategies to address misbehavior. The questionnaire was tested with 451 parents and subjected to factor analysis. For the items on parent-child activities, one factor was extracted (involvement). For the items regarding proactive and reactive discipline strategies, four factors were extracted: encouragement (e.g., praising, giving a privilege), inconsistency (e.g., ignoring, threatening), limit-setting (e.g., time-out), and harsh discipline (e.g., shouting, slapping). Cronbach's alpha coefficient ranged from .5 to .6. The scale on parent-child activities was not used in the present study.

**Socio-Demographic Questionnaire.** Background information on the child (e.g., gender, age, birth order, health status, inclusion on special educational needs) and the parents (e.g., marital status, age, educational level, employment status, household situation).

## **Procedures**

This study was part of a major project on child development promotion, 'From little tiny...'. To recruit parents for the project, contact was made with the directors of early child care centers, and permission to present the study to parents was requested. Parents of all children aged from 2 to 6 years attending the participating day care cen-



ters were invited to participate. Subjects were informed about the study by day care centre personnel or by the researcher, and received an explanatory letter inviting them to participate, which included an informed consent form. When parents indicated their willingness to participate by returning the consent form, the study protocol and a cover letter were sent home by the child care centers' personnel. All questionnaires were returned to the child's teacher in sealed envelopes.

## Analysis

Given the skewed distributions of the SDQ scores, Spearman correlations were used to explore the associations between behavior problems, sleep variables and parental behaviors.

Multiple regression analyses were conducted to examine the associations between children's behavioral problems and variables showing a significant association in the bivariate analysis. Separate logistic regressions were conducted for each outcome of interest: the total difficulties score, the conduct problems score, and the hyperactivity/inattention score. The SDQ scores were dichotomized using the 90<sup>th</sup> percentile. Possible confounders included the child's age and gender, parents' educational level, and household composition. Independent variables included sleep quality (i.e., sleep duration and sleep difficulties), parental discipline strategies, and parental sleep-related behaviors. Regarding sleep difficulties, in addition to the scales derived from factor analysis, we also considered bedtime resistance (i.e., sleep onset latency  $\geq 20$  minutes and bedtime resistance occurring 5-7 times a week). Control and independent variables were entered in different blocks using a stepwise approach. In all regressions, the socio-demographic factors were entered in the first block (data not reported). The contribution of sleep quality for behavior problems was examined in isolation (Model 1) and after

accounting for the effects of parental behaviors (Model 2). The fits of the final models were evaluated using the Omnibus test of coefficients. Statistical tests of the regression estimated odds ratios were based on Wald statistics.

Analyses were performed using PASW Statistics 18 for Windows. Tests were considered significant if  $p < 0.05$ .

## Results

Bivariate analyses showed modest but significant associations between sleep and parenting variables with behavior difficulties scores. The SDQ total difficulties score was correlated with night sleep duration,  $r_s = -.19, p = .005$ , parental perception of sleep as a problem,  $r_s = .26, p < .001$ , bedtime resistance,  $r_s = .19, p = .004$ , sleep difficulties,  $r_s = .197, p = .003$ , difficulties to settle,  $r_s = .21, p = .001$ , regular sleep schedules,  $r_s = -.26, p < .001$ , bedtime routines,  $r_s = -.26, p < .001$ , bed sharing,  $r_s = .29, p < .001$ , active comfort,  $r_s = .17, p = .011$ , and inconsistent,  $r_s = .2, p = .003$ , and harsh discipline strategies,  $r_s = .16, p = .015$ .

In the logistic regression, only the difficulties to settle contributed to the total difficulties score of the SDQ (Table 24, Model 1). After accounting for the effects of parental behaviors, the effect of difficulties to settle was no longer significant (Table 24, Model2). Parental inconsistent discipline strategies lost significance with the introduction of parental sleep-related behaviors and sleep quality variables. In the final model, bed sharing was the strongest predictor of the total difficulties score.

**Table 24****Regression models predicting the total difficulties score (90<sup>th</sup> percentile)**

<b>Model 1</b>				
<b>Block</b>	<b>Predictors</b>	<b>B (SE)</b>	<b>OR<sup>a</sup></b>	<b>95% CI</b>
2	Sleep quality			
	Difficulties to settle	0.29 (0.15)	1.34*	[1.01, 1.78]
$R^2 = .06$ (Cox & Snell), $.11$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (6) = 13.41, $p = .037$				
<b>Model 2</b>				
<b>Block</b>	<b>Predictors</b>	<b>B (SE)</b>	<b>OR<sup>a</sup></b>	<b>95% CI</b>
2	Discipline strategies			
	Inconsistent strategies	0.32 (0.13)	1.37**	[1.07, 1.76]
$R^2 = .07$ (Cox & Snell), $.14$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (6) = 16.05, $p = .013$				
3	Parental sleep related behaviors			
	Inconsistent strategies	0.25 (0.13)	1.29*	[1.02, 1.67]
	Bed sharing	1.64 (0.59)	5.17*	[1.62, 16.47]
	Regular bedtime	-1.14 (0.49)	0.32 *	[0.12, 0.85]
$R^2 = .10$ (Cox & Snell), $.19$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (4) = 23.06, $p < .001$				
4	Sleep quality		n.s.	

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup> Adjusted for sociodemographics

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

Regarding the conduct problems score, there were significant correlations with night sleep duration,  $r_s = -.15$ ,  $p = .022$ , parental perception of sleep as a problem,  $r_s = .23$ ,  $p = .001$ , bedtime resistance,  $r_s = .257$ ,  $p < .001$ , sleep difficulties,  $r_s = .245$ ,  $p < .001$ , difficulties to settle,  $r_s = .22$ ,  $p = .001$ , night waking,  $r_s = .177$ ,  $p = .008$ , parasomnias,  $r_s = .157$ ,  $p = .026$ , bedtime routines,  $r_s = -.15$ ,  $p = .024$ , bed sharing,  $r_s = .26$ ,  $p < .001$ , and inconsistent,  $r_s = .35$ ,  $p < .001$ , and harsh discipline strategies,  $r_s = .21$ ,  $p = .001$ . In the logistic regression, bedtime resistance was a significant predictor of an abnormal conduct problems score (Table 25, Model 1). After accounting for the effects of parental behaviors, bedtime resistance still explained a significant proportion of the variance of an abnormal conduct problems score (Table 25, Model 2). In the final model, parental inconsistent discipline strategies, bedsharing and bedtime resistance

increased the likelihood of having an abnormal conduct problems score. This model explained 25 to 42% of the variance of the conduct problems score.

**Table 25****Predictors of conduct problems score (90<sup>th</sup> percentile)**

<b>Model 1</b>				
<b>Block</b>	<b>Predictor</b>	<b>B (SE)</b>	<b>OR<sup>a</sup></b>	<b>95% CI</b>
2	Sleep quality			
	Bedtime resistance	1.56 (0.62)	4.77**	[1.41, 16.07]
$R^2 = .17$ (Cox & Snell), $.27$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (6) = 38.78, $p < .001$				
<b>Model 2</b>				
<b>Block</b>	<b>Predictor</b>	<b>B (SE)</b>	<b>OR<sup>a</sup></b>	<b>95% CI</b>
2	Discipline strategies			
	Inconsistency	0.48 (0.14)	1.61***	[1.23, 2.10]
$R^2 = .20$ (Cox & Snell), $.32$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (6) = 47.51, $p < .001$				
3	Parental sleep-related behaviors			
	Inconsistency	0.44 (0.14)	1.55***	[1.19, 2.03]
	Bedsharing	1.97 (0.61)	7.17***	[2.15, 23.86]
$R^2 = .24$ (Cox & Snell), $.39$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (7) = 58.16, $p < .001$				
4	Sleep quality			
	Inconsistency	0.43 (0.14)	1.54**	[1.17, 2.02]
	Bedsharing	1.99 (0.63)	7.36***	[2.16, 25.09]
	Bedtime resistance	1.47 (0.66)	4.36*	[1.19, 16.01]
$R^2 = .25$ (Cox & Snell), $.42$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (8) = 62.97, $p < .001$				

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup>Adjusted for sociodemographics

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

The hyperactivity/inattention score was correlated with night sleep duration,  $r_s = -.13$ ,  $p = .05$ , parental perception of sleep as a problem,  $r_s = .2$ ,  $p = .003$ , bedtime resistance,  $r_s = .163$ ,  $p = .015$ , regular sleep schedule,  $r_s = -.13$ ,  $p = .049$ , bedtime routine,  $r_s = -.15$ ,  $p = .024$ , bed sharing,  $r_s = .25$ ,  $p < .001$ , inconsistent,  $r_s = .17$ ,  $p = .013$ , and harsh discipline strategies,  $r_s = .17$ ,  $p = .01$ . In multivariate analysis, sleep quality was

not a significant predictor of hyperactivity. The association between bed sharing and an abnormal hyperactivity score was the only remaining a significant association,  $OR = 3.48, p = .034$ .

The emotional symptoms score was significantly associated with sleep duration,  $r_s = -.14, p = .036$ , parental perception of sleep as a problem,  $r_s = .15, p = .022$ , difficulties to settle,  $r_s = .186, p = .006$ , regular sleep schedule,  $r_s = -.25, p < .001$ , bedtime routine,  $r_s = -.18, p = .009$ , and active comfort,  $r_s = .17, p = .011$ . In logistic regression, only difficulties to settle remained significantly associated,  $OR = 1.45, p = .007$ . However, the model was not significant.

The peer relation problems score was associated with regular sleep schedules,  $r_s = -.23, p = .001$ , bedtime routines,  $r_s = -.2, p = .004$ , and limit-setting,  $r_s = -.14, p = .04$ . These associations did not remain significant in logistic regression.

## Discussion

The present study confirmed the association between specific sleep problems and behavior adjustment and highlighted the contributions of parental behaviors, suggesting that parental regulation of children's behavior may partly explain the association between sleep and behavior problems.

Sleep problems were associated with behavioral adjustment. In bivariate correlations, sleep-related difficulties were associated with both internalizing and externalizing problems. In multivariate analysis, only the total difficulties score and the conduct problems score were predicted by sleep quality. This finding may be explained in several different ways. First, the SDQ scores revealed a lower predictive value for internalizing problems than for externalizing problems (Goodman et al., 2000). Second, the association between sleep and internalizing problems has not been shown with the same con-

sistency in young children as it was in school-age children and adolescents (Gregory & Sadeh, 2012; Lavigne, Arend, et al., 1999). Third, the differences across studies may be due to differences in the sleep problems examined or in the populations. Finally, in preschool children, there may be a connection between sleep and adjustment that is explained more by children's behavior regulation and overt, rather than internalized, behaviors.

Regarding the association of sleep with externalizing problems, it was quite surprising that in the multivariate analysis sleep quality did not remain a significant predictor of the hyperactivity score. Previous research has consistently established an association between sleep and attention deficit hyperactivity disorder (Cortese, Faraone, Konofal, & Lecendreux, 2009; Cortese, Konofal, Yateman, Mouren, & Lecendreux, 2006; J. Owens, 2005, 2009). This inconsistency may be explained by differences in children's ages, measures of sleep and behavior adjustment used or the nonclinical nature of our sample.

In respect to the association between sleep and the conduct problems score, bedtime resistance had a significant predictive value even after accounting for the effects of parental behaviors. This was not verified for the total difficulties score. The models for conduct problems had a stronger predictive value. The proportion of the variance explained by sleep problems was small but significant, as found in other studies controlling for other sources of variance (Bates et al., 2002; Coulombe et al., 2010; G. J. Reid et al., 2009). Most studies examining the effect of sleep problems have focused on unspecific sleep problems, such as parental report of a sleep problem (Gregory et al., 2008) or respiratory sleep disorders (L. M. O'Brien et al., 2011). Therefore, there is little information about the association between the common sleep problems of early childhood and specific behavior outcomes, except in the case of ADHD (Cortese,

Faraone, Konofal, & Lecendreux, 2009). The role of bedtime resistance found in this study does not exclude the importance of other sleep-related difficulties. In fact, the isolated effect of these difficulties may be explained by their prevalence in this sample. Previous research has suggested that the associations between sleep problems and behavior adjustment tend to be specific (Coulombe et al., 2010). Future studies with clinical samples of children with different types of sleep problems may help to delineate the role of different sleep problems on behavior adjustment.

Considering the role of global and sleep-related parental behaviors, in the models accounting for parental behaviors, the predictive value of sleep problems was smaller. This finding suggests that, in the models that did not account for parental behaviors, part of the association between sleep and behavioral adjustment was explained by parenting. Our results isolated parental behaviors that indicate parents' difficulty in setting limits. This is consistent with previous proposals (Adam et al., 2007; Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh et al., 2007) and emphasizes the importance of considering specific parental behaviors instead of global indexes of positive or negative parenting. As hypothesized by Reid et al. (2009), the introduction of parental sleep-related behaviors along with global parental behaviors added explicative value to the models.

Contrary to other studies (Hale et al., 2011; Komada et al., 2011), sleep schedules and bedtime routines did not remain significant predictors in multivariate analysis. This difference may be explained by the other parental behaviors that were controlled for in our study. In contrast with the results from Barajas et al. (2011), bed sharing emerged as a significant predictor of child behavior problems. This divergence may be explained by differences in the variables controlled, measures used or children's ages. The debate about bed sharing is not new, and this current finding should not be inter-

puted as evidence against bed sharing but only as evidence of its role in understanding the associations between sleep, parenting, and behavior.

The specific set of predictors found reinforces the importance of preschool children's behavior regulation to explain the association between sleep and behavior problems. The predictive value of bedtime resistance, inconsistent discipline strategies and bed sharing is consistent with the characteristics of the limit-setting subtype of behavioral insomnia of childhood according to the International Classification of Sleep Disorders (American Academy of Sleep Medicine, 2005). In fact, this subtype assumes that a child's noncompliant behavior and a caregiver's difficulties in managing child behavior results in delayed sleep onset (Morrell & Cortina-Borja, 2002; Owens & Mindell, 2011; Sadeh et al., 2007). Therefore, during this developmental period, the association between sleep problems and behavior adjustment may be partly explained by a dysregulation in the parent-child relationship, resulting from children's overall challenging behavior and tendency to test limits and parents' difficulty in regulating these behaviors. As suggested by Bates et al. (2002), this dysregulation would conduce both to bedtime problems and behavior problems.

There are a number of limitations to this study that must be acknowledged. First, the sample was a modest size, was skewed regarding parents' educational level, and only comprised parents from the urban area of Lisbon. Additionally, the instruments used to evaluate sleep and discipline strategies were recently developed, and there is not enough information about their reliability and validity. The use of a more accurate instrument for the assessment of internalizing problems would also be beneficial. Moreover, data were obtained exclusively from parental reports, and thus were limited to the parents' awareness of sleep onset, sleep onset latency, and night wakings (Sadeh, 1994, 1996; Werner, Molinari, Guyer, & Jenni, 2008).



Despite the aforementioned limitations, the current work reinforces the complexity and specificity of the associations between sleep, parenting, and behavior problems and their importance to children's health. Interventions should account for the contribution of sleep problems and parent-child interactions around sleep when targeting behavior problems. The association between sleep and behavior is far from clear, but it should be considered in the broader context of the parental regulation of children's behavior. Given that both sleep and behavior are manifestations of self-regulation, this dimension should be considered in the exploration of the associations between parenting, sleep, and behavior.



# **CAPÍTULO VI**

## **Das Preocupações Parentais à Detecção Precoce**

Neste capítulo estão incluídos os estudos de validação do PEDS, um estudo sobre o reconhecimento de problemas de comportamento pelos pais e um estudo sobre a aplicação do protocolo de detecção precoce desenvolvido no âmbito deste trabalho.



# Using Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) in Portugal: developmental concerns of Portuguese parents

## Abstract

---

**Background:** International estimates on the number of children with developmental and behavioral problems highlights the importance of early detection and screening. Using parents' information about child development decreases the barriers for screening and promotes parents' involvement. The *Parents' Evaluation of Developmental Status* (PEDS) is a broadband screening tool using information from parents, with appropriate psychometric properties. This study aims to explore the cultural appropriateness and construct validity of the Portuguese version of PEDS.

**Methods:** Families were recruited through day care centers from different areas of Portugal. A total of 451 parents of children aged 2 to 6 years completed the PEDS and a socio-demographic questionnaire.

**Results:** Most parents (63.6%) reported at least one concern about their child's development. The average number of concerns ( $M=1.41$ ,  $SD=1.60$ ) was similar to the normative sample, with some differences regarding the prevalence of some domains of concern and PEDS paths. Several socio-demographic variables were associated with PEDS results, being the child's age, gender and birth order the most consistent predictor of parents' concerns and of the child's level of risk for developmental or behavioral problems.

**Conclusions:** The prevalence of parents' concerns supports the cultural appropriateness of PEDS to approach child development and behavior with Portuguese families. The predictive value of socio-demographic variables, known to have an impact on child development, constitutes an initial evidence of construct validity of the Portuguese version of PEDS. Further research is needed on the psychometric properties of the Portuguese version of PEDS and on the adequacy of PEDS paths for this population.

**Key words:** developmental and behavioral screening; parents' concerns; early childhood.

---

## Introduction

The first years of a child's life are recognized as an important time for brain growth and an opportunity for the promotion of child development (Shonkoff & Phillips, 2000). However, an important proportion of young children may not take full advantage of this win-

dow of opportunity. According to international estimates, approximately 20% of young children experience significant developmental or behavioral problems (Boyle et al., 1994). It is generally accepted that early intervention and treatment produce positive outcomes for affected children and their families (Barnett, 1995). Nevertheless, a significant percentage of children do not benefit from early intervention programs at an age when it is believed to be most effective (Glascoe & Shapiro, 1999).

Data from the USA and UK point that 70% of children with behavioral and developmental problems are not identified before school entry (Glascoe & Shapiro, 1999), which constitutes a major barrier to the delivery of appropriate early intervention and treatment services. Therefore, early detection of these problems is considered an important priority (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006).

There are two major approaches to early detection of behavioral and developmental problems: developmental surveillance and screening. Developmental surveillance is described as “a flexible, continuous process whereby knowledgeable professionals perform skilled observations of children during the provision of health care. The components of surveillance include eliciting and attending to parental concerns, obtaining a relevant developmental history, making accurate and informative observations of children, and sharing opinions and concerns with other relevant professionals (e.g., preschool teachers).” (Dworkin, 1993, p.533). Developmental surveillance is widely recommended in current guidelines for child health surveillance (Hagan et al., 2008). However, there has been little empirical research to support its effectiveness. The research on the effectiveness of clinical judgment for early detection, pointed to a high percentage of under-detection (Glascoe & Dworkin, 1993).

Developmental screening is the process by which asymptomatic children are tested for the presence of a particular trait or risk factor predictive of developmental problems, us-

ing brief, inexpensive, but accurate screening tools (Beaglehole et al., 2003; Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002). The use of standardized and validated developmental screening tools was suggested as a strategy to improve surveillance (Dworkin, 1993) and showed to improve the detection rates of developmental and behavioral problems (Schonwald et al., 2009). Therefore, several organizations recommended the systematic use of standardized developmental screening tools (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006).

International data suggest that most clinicians still rely only on clinical observations, interviews or non-validated checklists to evaluate development and behavior (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002; Sand et al., 2005). The most usual barriers to screening include the lack of time or professionals' training, and the difficulty of gaining child cooperation. The use of information from parents allows overcoming most barriers to developmental screening and it was demonstrated that most parents can accurately report or judge their child development (Glascoe, 2002).

There are several high-quality screening tools that rely on parents' reports or appraisals (e.g., Ages and Stages Questionnaire, Child Development Inventories). The Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) is one of the most recommended screening tools for developmental surveillance and screening purposes (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006; Regalado & Halfon, 2001). The PEDS is a brief tool that relies on readily available information, making use of questions typically asked to parents: their concerns (Glascoe, 2002). It takes little time to complete and score, needs no specialized equipment, requires little training for administration and scoring, is cost-effective, and is well-accepted by parents (Glascoe, Foster, & Wolraich, 1997).

PEDS derived from extensive research on parental reports and specifically on parents' concerns (Glascoe & Dworkin, 1995). It was evidenced that obtaining parental inputs increased the accuracy of clinical impressions and that the number and nature of parents' concerns were associated with the probability of failing a developmental screening test, having behavioral problems or speech-language problems (Glascoe & Dworkin, 1995; Glascoe, MacLean, & Stone, 1991; Glascoe, 1991). Research also showed that the reliability and accuracy of parents' concerns are influenced by the way they are elicited (Glascoe, 2002). Therefore, PEDS uses a structured and standardized approach to elicit parents' concerns.

PEDS is described as a primary level screening and surveillance tool for developmental and behavioral problems in children from birth to age 8 (Glascoe, 2002). PEDS allows the classification of children on different levels of risk for developmental and behavioral problems (Glascoe, 2000). At the same time, it elicits parents' concerns, one of the recommendations for developmental surveillance (Dworkin, 1993; Hagan et al., 2008). Besides, its use helps the professional to target interventions according to parents' needs.

Although PEDS has been used outside the US, it still seems important to study how well it works in other countries. Furthermore, in the existing standardization research it was used the English and Spanish versions of PEDS and there is little information published regarding how it works in other languages (Glascoe, 2002). Data from Singapore showed that parents' interpretation of the concept of "concern" varies across language and culture, highlighting the importance of cross-cultural studies to adjust the tools according to the settings (Kiing, Low, Cahn, & Neihart, 2012).

The present study aimed to test the Portuguese version of PEDS and to explore its cultural appropriateness and construct validity. Considering that the term "concern" seems to assume different meanings across languages and cultures, we intended to describe the prevalence of parents' concerns across different domains, to compare it with the normative data,



and to compare the distribution of parents' concerns according to a range of socio-demographic characteristics recognized to have an impact on child development.

## Methods

### Participants

All parents of children aged 2 to 6 years frequenting 20 day care centers from three geographical areas of Portugal (Lisboa, Vila Franca de Xira, and Silves) were invited to participate ( $N=1023$ ). A total of 619 parents (61%) accepted to participate and received the Portuguese version of PEDS at home. A total of 460 questionnaires were returned (response rate: 44% of the eligible parents; 73% of the accepting parents). Nine questionnaires were ineligible for analysis – three or more items left blank. Five parents had children with less than 2 years (from 20 to 23 months) but these questionnaires were considered eligible.

Of the 451 children eligible for analysis, 49.4% were male (see Table 26 for demographics). The children were aged 20 to 78 months ( $M=50.86$ ,  $SD=13.99$ ). The majority of them were first born (59.2%). Most children lived in nuclear households (76.9%).

Most questionnaires were completed by mothers (76.5%), who were aged between 21 and 55 years ( $M=34.99$ ,  $SD=5.18$ ). The majority of the mothers had a high school (34.8%) or higher (44.1%) educational level<sup>8</sup>, and most of them were employed (74.8%). The majority of the parents were married (52.8%) or cohabiting (27.5%).

---

<sup>8</sup> According to the Portuguese census data from 2011, the mean number of years of education completed by the population aged from 25 to 44 years old was 10.4 years.

**Table 26**  
**Child and family demographic characteristics**

	Child		Mother		Father	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Gender</b>						
Boy	223	49.4				
Girl	228	50.6				
<b>Household composition</b>						
One parent	55	12.2				
Two parents	347	76.9				
Other (e.g., grandparents)	45	10.0				
<b>Birth order</b>						
First born	267	59.2				
Second or more	178	39.4				
<b>Educational level</b>						
<High school			88	19.5	127	28.2
High school			157	34.8	159	35.3
Bachelor's or higher			199	44.1	149	33.0
<b>Marital Status</b>						
Married			238	52.8		
Cohabiting			124	27.5		
Single			23	5.1		
Separated			33	7.3		
Divorced			18	4.0		
Other			6	1.3		
<b>Employment status</b>						
Employed			337	74.8	375	83.2
Uncertain job			9	2.0	18	4.0
Unemployed			59	13.1	34	7.5
Housewife			32	7.1	1	0.2
Retired			2	0.4	5	1.1

## Procedure

Personal contacts were established with the directors of early child care centers, and collaboration was requested. The parents of all children aged 2 to 6 years who attended the

participating day care centers were invited to participate. The subjects were informed about the study by day care personnel or by the researcher and received an explanatory letter inviting them to participate along with the informed consent form. After returning the informed consent, the parents received the study protocol and a cover letter. All the questionnaires were returned by the parents to the child's teacher in sealed envelopes.

## Measures

**Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS).** PEDS is a broadband screening tool for developmental and behavioral problems in children from birth to age 8. It is a 10-item parent completed questionnaire designed to systematically elicit parental concerns regarding development and behavior. Eight of the 10 items address discreet developmental domains, covering expressive language, receptive language, fine motor, gross motor, behavior, social-affective, self-help, and school, and use a common stem ("Do you have any concerns about how your child...?"). Parents answer in a three-point scale (no, a little, yes). The remaining two questions provide opportunities to identify more general concerns and are open-ended. The items are written for low literacy levels, which enables most parents to complete the tool independently. PEDS can also be administered by interview (Glascoe, 2002).

Parental concerns are translated into pathways according to their predictive value for developmental and behavioral problems. Children who follow Path A (two or more predictive concerns) have a high risk of developmental problems. Children who follow Path B (one predictive concern) have a moderate risk of developmental problems. Children who follow Path C (one or more non-predictive concerns) have low risk of developmental disabilities but an elevated risk of behavioral problems. Children who follow Path D (no concerns but parents have communication difficulties or low literacy levels) are considered to be at moderate risk.

Finally, children who follow Path E (no concerns) have a low risk of developmental and behavioral problems (Glascoe, 2000).

The psychometric properties of the U.S. version were studied with 771 parents (Glascoe, 2002). PEDS was demonstrated to be as accurate as other screening tests, with sensitivity and specificity ranging from 70 to 80% (Glascoe, 1997). PEDS was restandardized in 2012 on a national representative sample of 47,531 families in US and Canada, confirming its appropriate psychometric properties (Glascoe, 2013).

PEDS was translated into Portuguese by two independent translators<sup>9</sup>. The two translations were compared and originated a Portuguese version, which was back-translated into English. The final version of PEDS was commented by specialists on child development and pilot-tested with 15 parents. There was no need of further adjustments. PEDS was trialed with Portuguese parents, proving to be acceptable and easy to use by parents (Goes & Barros, 2011).

**Socio-Demographic Questionnaire.** This questionnaire collected background information on the child and the parents, namely: child's gender, age, birth order, health status, previous inclusion on special educational needs, previous diagnosis of a developmental delay, current support from specialized services; and parents' marital status, age, educational level, employment status, household circumstances, and the number of children in the home.

## Analysis

The cultural appropriateness of PEDS was explored analyzing the distribution of parents' concerns. The distribution of parents' concerns was described using absolute and relative frequencies. In order to search for differences regarding the prevalence of concerns be-

---

<sup>9</sup> The specific wording for "concerns" was previously tested in a qualitative study with parents, and the prevalence of concerns found pointed to its adequacy (Goes, Cortes, & Barros, 2010).

tween the normative sample and the Portuguese sample, one sample chi-square tests were performed for each domain of concern.

Construct validity was analyzed using the following socio-demographical variables: child's age, child's gender, child's birth order, number of children in the home, parents' marital status, household composition, mother's and father's age, mother's and father's educational level, mother's and father's employment status. Spearman correlations, Mann-Whitney tests, and Chi-square tests were used to search for differences in parents' concerns and PEDS paths according to socio-demographic characteristics. Socio-demographic variables with significant associations with parents' concerns were entered into logistic regression models to examine the factors contributing to parents' concerns using each domain of parent's concern and each PEDS path as the dependent variable.

Analyses were done using PASW Statistics 18 for Windows. Tests were considered to be statistically significant if  $p < 0.05$ .

## Results

### Distribution of concerns

Parents held an average of 1.41 (SD=1.60) concerns, ranging from zero to eight. The majority of parents (63.6%) had at least one concern about their child's development, learning or behavior. Parental concerns about behavior, social-affective, and expressive language were the most frequent (Table 27).

Regarding the levels of risk resulting from the categorization of parental concerns, most children (63.7%) were considered to be at some risk for developmental or behavioral problems (Table 27)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Once PEDS was completed by parents at home, this study didn't use Path D. There were no non-sensical or contradictory written comments answering to the concerns questions and we could not explore the situations without written comments – a possible indicator of low literacy or communication difficulties.

The prevalence of Portuguese parents' concerns differed significantly from the prevalence within the normative sample in some domains<sup>11</sup>. Portuguese parents' were more likely to express concerns about receptive language, behavior, social-affective, and other and less likely to express global and gross motor concerns (Table 27). Likewise, the prevalence of children categorized on Paths C and E differed significantly from the normative sample (Table 27).

**Table 27**

**Distribution of parents' concerns across PEDS domains and paths for US normative sample and Portuguese sample**

Domain	Normative data (N=771)		Portuguese data (N=451)	
	n	%	n	%
Global	30	3.9	6	1.3***
Expressive Language	185	24.0	116	25.7
Receptive Language	65	8.4	56	12.4***
Fine Motor	42	5.4	20	4.4
Gross Motor	63	8.2	19	4.2***
Behavior	245	31.8	169	37.5**
Social-Affective	148	19.2	130	28.8***
Self-Help	71	9.2	48	10.6
School	92	12.0	46	10.2
Other	36	4.7	31	6.9*
PEDS Path	Normative data (N=745)		Portuguese data (N=451)	
	n	%	n	%
Path A	86	11.5	58	12.9
Path B	180	24.2	116	25.7
Path C	151	20.3	113	25.1*
Path E	328	44.0	164	36.4***

Note: Normative data adapted from *Collaborating with parents: using Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) to detect and address de-*

<sup>11</sup> It should be noted that the normative sample of PEDS included children from zero to eight children, while the Portuguese sample only included children from 20 months to six years.

*velopmental and behavioral problems* (p. 107), by F. P. Glascoe, 2002, Nashville: Ellsworth & Vandermeer Press. Copyright 1998-2002 by Ellsworth & Vandermeer Press.  
 \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

### Distribution of concerns according to socio-demographic characteristics

Parents' concerns revealed significant associations to socio-demographic variables. Tables 28 and 29 summarize the results of logistic regression.

Raising concerns was significantly associated to the child's age,  $r_s = 0.093$ ,  $p = 0.047$  gender,  $\chi^2(1) = 5.60$ ,  $p = .018$ ,  $OR$  1.59, and to the father's educational level,  $\chi^2(1) = 3.86$ ,  $p = .049$ ,  $OR$  1.53. In the multivariate analysis, only the child's age and gender predicted the report of concerns.

Parents' concerns about expressive language were significantly associated to the child's gender,  $\chi^2(1) = 11.36$ ,  $p = .001$ ,  $OR$  2.09. The logistic regression confirmed this result. Regarding receptive language concerns, there were significant associations to the child's gender,  $\chi^2(1) = 7.07$ ,  $p = .008$ ,  $OR$  2.19, belonging to a non-nuclear family,  $\chi^2(1) = 7.52$ ,  $p = .006$ ,  $OR$  2.26, mother's age,  $r_s = -.096$ ,  $p = .044$ , mother's employment status,  $\chi^2(1) = 4.01$ ,  $p = .044$ ,  $OR$  1.83. Following the logistic regression, only the child's gender and the household composition remained significant predictors.

Parental concerns on fine motor were significantly associated to the child's gender,  $\chi^2(1) = 5.47$ ,  $p = .019$ ,  $OR$  3.22, and being a first-born,  $\chi^2(1) = 8.22$ ,  $p = .004$ ,  $OR$  6.58. Gross motor concerns were significantly associated to being a first-born,  $\chi^2(1) = 5.14$ ,  $p = .023$ ,  $OR$  3.85, belonging to a non-nuclear family,  $\chi^2(1) = 6.61$ ,  $p = .01$ ,  $OR$  3.19. The logistic regression confirmed these results.

Having concerns about the child's behavior was associated to the child's gender,  $\chi^2(1) = 4.95$ ,  $p = .026$ ,  $OR$  1.55, belonging to a non-nuclear family,  $\chi^2(1) = 9.05$ ,  $p = .003$ ,  $OR$  1.97. Logistic regression confirmed these findings. Social-affective concerns were associated to being a first-born,  $\chi^2(1) = 16.22$ ,  $p < .001$ ,  $OR$  2.48, mother's low educational level,  $\chi^2(1) =$

4.63,  $p = .031$ ,  $OR$  1.87. Following logistic regression, only the birth order remained a significant predictor. Parental concerns on self-help were significantly associated to the child's gender,  $\chi^2(1)=6.37$ ,  $p=.012$ ,  $OR$  2.22, being a first born,  $\chi^2(1)=7.11$ ,  $p=.008$ ,  $OR$  2.53, belonging to a non-nuclear family,  $\chi^2(1)=4.62$ ,  $p=.032$ ,  $OR$  1.99. Controlling for the effects of these variables, only gender and birth order remained significantly associated.

Considering school concerns, there were significant associations to the child's age,  $r_s=.0148$ ,  $p=0.002$ , and to the mother's employment status,  $\chi^2(1) = 4.033$ ,  $p = .045$ ,  $OR$  1.91. In the multivariate analysis, only the child's age was a significant predictor.

**Table 28**  
**Socio-demographic predictors of parents' concerns**

Predictors of expressive language	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.19 (0.09)	1.21*	[1.01, 1.45]
Child's gender <sup>a</sup>	0.76 (0.22)	2.13**	[1.38, 3.39]
$R^2 = .034$ (Cox & Snell), .05 (Nagelkerke). Model $\chi^2(2) = 15.53$ , $p < .001$			
Predictors of receptive language	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.05 (0.12)	1.05	[0.83, 1.35]
Child's gender <sup>a</sup>	0.81 (0.3)	2.25**	[1.24, 4.09]
Household composition <sup>b</sup>	0.77 (0.31)	2.15*	[1.18, 3.95]
Mother's employment status <sup>c</sup>	0.57 (0.31)	1.77	[0.96, 3.27]
$R^2 = .038$ (Cox & Snell), .073 (Nagelkerke). Model $\chi^2(4) = 17.6$ , $p = .001$			
Predictors of fine motor	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.12 (0.19)	1.12	[0.77, 1.64]
Child's gender <sup>a</sup>	1.24 (0.53)	3.44*	[1.22, 9.73]
Birth order <sup>d</sup>	1.93 (0.75)	6.9**	[1.57, 30.27]
$R^2 = .036$ (Cox & Snell), .118 (Nagelkerke). Model $\chi^2(3) = 16.49$ , $p = .001$			
Predictors of gross motor	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	-0.14 (0.20)	0.87	[0.59, 1.29]
Child's gender <sup>a</sup>	0.90 (0.51)	2.46	[0.90, 6.69]
Birth order <sup>d</sup>	1.33 (0.64)	3.79*	[1.08, 13.33]
Household composition <sup>b</sup>	1.12 (0.48)	3.06*	[1.19, 7.87]
$R^2 = .032$ (Cox & Snell), .107 (Nagelkerke). Model $\chi^2(4) = 14.48$ , $p = .006$			



Predictors of behavior	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.05 (0.08)	1.05	[0.89, 1.23]
Child's gender <sup>a</sup>	0.44 (0.20)	1.56*	[1.06, 2.30]
Household composition <sup>b</sup>	0.67 (0.23)	1.96**	[1.26, 3.07]
$R^2 = .031$ (Cox & Snell), .042 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (3) = 14.16, $p = .003$			
Predictors of social-affective	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.15 (0.09)	1.16	[0.97, 1.39]
Child's gender <sup>a</sup>	0.15 (0.22)	1.16	[0.76, 1.77]
Birth order <sup>d</sup>	0.87 (0.24)	2.4***	[1.5, 3.82]
Mother's education <sup>c</sup>	0.5 (0.3)	1.65	[0.91, 2.99]
$R^2 = .05$ (Cox & Snell), .072 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (4) = 22.75, $p < .001$			
Predictors of self-help	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.07 (0.13)	1.07	[0.83, 1.38]
Child's gender <sup>a</sup>	0.85 (0.33)	2.35**	[1.24, 4.45]
Birth order <sup>d</sup>	0.93 (0.36)	2.54**	[1.25, 5.18]
Household composition <sup>b</sup>	0.63 (0.33)	1.88	[0.98, 3.61]
$R^2 = .04$ (Cox & Snell), .082 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (4) = 18.48, $p = .001$			
Predictors of school	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.41 (0.14)	1.51**	[1.14, 2]
Child's gender <sup>a</sup>	0.59 (0.33)	1.80	[0.94, 3.45]
$R^2 = .028$ (Cox & Snell), .058 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (2) = 12.73, $p = .002$			

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup>Reference: female. <sup>b</sup>Reference: nuclear family. <sup>c</sup>Reference: employed. <sup>d</sup>Reference: second or more.

<sup>e</sup>Reference: less than high school.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

Being classified on Path A was significantly associated to the child's age, ( $r_s=0.097$ ,  $p=0.04$ ), gender ( $\chi^2(1)=5.48$ ,  $p=.019$ , *OR* 1.96), being a first born, ( $\chi^2(1)=4.81$ ,  $p=.028$ , *OR* 1.96), belonging to a non-nuclear family, ( $\chi^2(1)=8.30$ ,  $p=.004$ , *OR* 2.32). Controlling for the effects of these variables, the child's age did not remain significantly associated. Following Path B was significantly associated to being a boy ( $\chi^2(1)=5.26$ ,  $p=.022$ , *OR* 1.65), and being a first-born ( $\chi^2(1)=4.50$ ,  $p=.034$ , *OR* 0.63). The logistic regression confirmed the predictive value of these variables. Being categorized on Path C was significantly associated to the

mother's low educational level,  $\chi^2(1) = 6.12, p = .013, OR = 2.19$ , and the father's low educational level  $\chi^2(1) = 11.32, p = .001, OR = 2.54$ . In the logistic regression, only the father's educational level remained significantly associated. The categorization on Path E was significantly associated to the child's age,  $r_s = -0.093, p = 0.047$ , gender ( $\chi^2(1)=5.6, p=.018, OR = 0.63$ ), and to the father's low educational level,  $\chi^2(1) = 3.86, p = .049, OR = 0.66$ . Logistic regression confirmed the predictive value of these variables (Table 29).

**Table 29****Socio-demographic predictors of raising concerns and PEDS paths**

Predictors of raising concerns	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.23 (0.09)	1.25**	[1.05, 1.49]
Child's gender <sup>a</sup>	0.53 (0.21)	1.71**	[1.14, 2.56]
Birth order <sup>b</sup>	-0.11 (0.21)	0.90	[0.59, 1.36]
Household composition <sup>c</sup>	0.14 (0.35)	1.15	[0.58, 2.29]
Mother's education <sup>d</sup>	0.26 (0.29)	1.30	[0.73, 2.30]
Father's education <sup>e</sup>	0.47 (0.25)	1.60	[0.97, 2.64]
Mother's employment status <sup>f</sup>	0.36 (0.25)	1.43	[0.88, 2.33]
$R^2 = .05$ (Cox & Snell), .068 (Nagelkerke). Model $\chi^2(8) = 22.13, p = .005$			
Predictors of Path A	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.24 (0.13)	1.27	[0.99, 1.92]
Child's gender <sup>a</sup>	0.72 (0.3)	2.06*	[1.15, 3.69]
Birth order <sup>b</sup>	0.65 (0.32)	1.92*	[1.03, 3.58]
Household composition <sup>c</sup>	0.79 (0.3)	2.19**	[1.21, 3.98]
$R^2 = .046$ (Cox & Snell), .087 (Nagelkerke). Model $\chi^2(4) = 21.47, p < .001$			
Predictors of Path B	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	0.17 (0.09)	1.19	[0.99, 1.43]
Child's gender <sup>a</sup>	0.50 (0.22)	1.65*	[1.07, 2.54]
Birth order <sup>b</sup>	-0.46 (0.22)	0.63*	[0.41, 0.97]
$R^2 = .028$ (Cox & Snell), .041 (Nagelkerke). Model $\chi^2(3) = 12.9, p = .005$			
Predictors of Path C	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	-0.21 (0.1)	0.98	[0.81, 1.18]
Child's gender <sup>a</sup>	-0.41 (0.23)	0.66	[0.42, 1.04]
Mother's education <sup>d</sup>	0.41 (0.37)	1.51	[0.73, 3.1]

Father's education <sup>e</sup>	0.82 (0.31)	2.27**	[1.23, 4.2]
$R^2 = .04$ (Cox & Snell), .059 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (4) = 17.53, $p = .002$			
Predictors of Path E	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i>	95% CI
Child's age	-0.23 (0.09)	0.79**	[0.67, 0.94]
Child's gender <sup>a</sup>	-0.49 (0.2)	0.61*	[0.41, 0.91]
Father's education <sup>e</sup>	-0.52 (0.22)	0.59*	[0.38, 0.92]
$R^2 = .037$ (Cox & Snell), .051 (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (3) = 16.58, $p = .001$			

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup>Reference: female. <sup>b</sup>Reference: nuclear family. <sup>c</sup>Reference: employed. <sup>d</sup>Reference: second or more.

<sup>e</sup>Reference: less than high school. <sup>f</sup>Reference: less than high school.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

## Discussion

This study explored the cultural appropriateness of the Portuguese version of PEDS. As in the normative studies, concerns about child's development and behavior were prevalent among Portuguese parents, especially in the domains of behavior, social-affective, and expressive language. Most children were considered to be at some risk for developmental and behavior problems. The prevalence of behavior and social-affective concerns found in this study and the proportion of children classified on paths B or C support the need of a systematic approach to child development and behavior with Portuguese families. Although the PEDS paths need further validation for the Portuguese population, previous research showed that the benefits of the use of parents' concerns are not limited to children with developmental or behavioral disorders. Actually, parents' concerns when children are developing and behaving within the broad range of normality may signal subclinical or subtle manifestations of a problem, parents' difficulties in managing normal behavior, anxiety or inaccurate expectations about children's development and behavior (Glascoe et al., 1991; Glascoe, 2001).

The Portuguese version of PEDS provided a distribution of concerns similar to the normative studies, supporting the cultural appropriateness of PEDS to elicit Portuguese parents' concerns. The differences observed for some domains may be explained by the age

range of the Portuguese sample, which included children from two to six years instead of birth to eight years as was the case in the normative studies (Glascoe, 2002). Actually, most domains reflecting significant differences between the Portuguese and the normative samples correspond to domains where parents' concerns were significantly different according to children's ages in the normative studies. For example, parents' of older children were more likely to report language, behavior, and social-affective concerns (Glascoe, 2002).

Previous studies using PEDS in Australia and Spain also found some differences in the prevalence of parents' concerns for some domains, which may reflect some cultural specificities (Armstrong & Goldfeld, 2008; Sarmiento Campos et al., 2011). For example, parents from different countries may reflect different levels of expectations, permissiveness, and tolerance regarding children's behavior. Therefore, these differences should be further explored in order to understand if they point to real differences regarding the prevalence of developmental and behavioral problems or to variable standards of reference of parents.

This study also performed an initial exploration of the construct validity of the Portuguese version of PEDS using background variables accepted as determinants of child development status. Controlling for the effects of several socio-demographic variables, the child's age, gender, birth order, and household composition remained predictive of the child's developmental status based on PEDS domains and PEDS paths. Our findings are consistent with the normative studies, where several differences on parents' concerns according to socio-demographic variables lost significance after controlling for the child's age and gender (Glascoe, 2002). The predictive value of being an older child is also consistent with the later detection of several developmental problems which need development to progress in order to be identifiable (e.g., expressive language problems).

The differences on developmental status according to the child's gender go along with previous research, reporting gender differences on child's development and a higher propor-

tion of boys with developmental or behavioral problems (Morisset, Barnard, & Booth, 1995; To, Cadarette, & Liu, 2001). Quite surprising was the absence of predictive value of the mother's educational level, which has been supported as an important predictor of child development (Feinstein et al., 2004; Zeanah, Boris, & Larrieu, 1997). However, this result may be explained by a greater proportion of mothers with higher educational levels in this study. Overall, the associations between PEDS outcomes and socio-demographic variables known to have an impact on child development provide some support to the appropriateness of the inferences made about child developmental status using the Portuguese version.

In spite of the encouraging results obtained with the Portuguese version of PEDS, the present study has several limitations. The response rate was too low and children at high risk may have not been included. Besides, there is the need to perform further validation studies with this approach in order to describe its psychometric properties with the Portuguese population. Specifically, it is essential to understand if a different configuration of concerns best predict the presence of developmental/behavioral problems when PEDS is used with the Portuguese population, which requires the formal evaluation of children to establish a "gold standard". Furthermore, it's important to study PEDS using a standardized sample of the Portuguese population.

Eliciting and evaluating parents' concerns about development and behavior are central according to current recommendations for well-child care developmental surveillance (Hagan et al., 2008), and one of the key principles of family-centered approaches (American Academy of Pediatrics et al., 2003). In Portuguese guidelines for child health surveillance, it is recommended to elicit parents' concerns in every well-child visit (Direcção-Geral da Saúde, 2005). Therefore, using PEDS doesn't bring additional demands to these visits and provides the opportunity to accurately screen for child developmental and behavioral problems. Furthermore, international evidence suggests that many parents with concerns do not

discuss them spontaneously with health care providers (Glascoe, 1996). The results obtained with Portuguese families on PEDS are promising once PEDS seems culturally appropriate to elicit parents concerns, bringing the opportunity to systematize a developmental and behavioral approach with a small effort.

# Using Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) in different cultures: psychometric studies of the Portuguese version of PEDS

## Abstract

---

**Background:** Using standardized screening tools and relying on information from parents is increasingly recommended and decreases barriers to screening. There are no parent-completed screening tools validated with Portuguese parents. This study explored the reliability and validity of the Portuguese version of the Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS).

**Methods:** PEDS was completed by 451 parents of children aged 2 to 6 years. Information on previous diagnosis of developmental delays was collected by parent report. Children's psychological adjustment was assessed through the parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

**Results:** Internal consistency was acceptable ( $\alpha = 0.73$ ) and inter-rater reliability was good ( $\kappa = .85$ ). Expressive language, receptive language, and social-affective concerns increased the likelihood of a developmental problem. A classification on PEDS paths A or B predicted the presence of a developmental problem. Behavior and social-affective concerns predicted SDQ scores. Sensitivity to detect children with a developmental problem was 85% and specificity 65%. Sensitivity to detect a behavior problem was variable and specificity was poor.

**Conclusions:** The internal consistency of the Portuguese version of PEDS as given by Cronbach's alpha was lower than reported in the original studies, but acceptable. Criterion validity analysis provided initial support to the classification proposed by the author regarding predictive concerns and PEDS paths. Convergent validity analysis against a behavioral screening tool suggested that parental concerns may be more appropriate to detect disruptive behaviors. Overall, our data provide initial support to the reliability and validity of PEDS when used with Portuguese families.

**Key words:** developmental screening, Parents' Evaluation of Developmental Status, validation.

---

## Introduction

The rising prevalence of child developmental and behavioral problems constitutes a major public health problem (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001; Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006; Foy, 2010). Several interventions have been found to be safe and effective

for children and their families (Barnett, 1995). However, few children benefit from them. One reason for this is the lack of appropriate detection. Actually, data from the USA and UK point that 70% of children with behavioral and developmental problems are not identified before school entry (Glascoe & Shapiro, 1999).

Current recommendations to improve the early detection of developmental and behavioral problems include developmental and behavioral surveillance and screening (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006; Foy, 2010; Hagan, Shaw, & Duncan, 2008; Squires & Nickel, 2003). Developmental screening is the process by which asymptomatic children are tested for the presence of a particular trait or risk factor predictive of developmental problems, using brief, inexpensive screening tools (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002).

Accurate and validated developmental screening tools identify three times more children than surveillance, including those with milder problems and disabilities, and improve communication between parents and professionals as well as the education and counseling provided to parents (Glascoe, 2001; Regalado & Halfon, 2001). However, international data suggest that most clinicians still rely only on clinical observations, interviews, and non-validated checklists to evaluate development and behavior (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002; Sand et al., 2005).

The most usual barriers to screening include the lack of time or professionals' training, and the difficulty of gaining child cooperation. The use of information from parents revealed to be a promising approach, since data suggested that most parents can make accurate reports or judgments about their child's development (Glascoe, 2002). At the same time, the use of information from parents allows to overcome most barriers to developmental screening. Currently, there are several high-quality screening tools relying on parents' reports or



appraisals (e.g., Ages and Stages Questionnaire, Child Development Inventories, Parents' Evaluation of Developmental Status).

In Portugal, the professional guidelines for the provision of well-child care emphasize early detection of child developmental and behavioral problems as a goal for each visit (Direcção-Geral da Saúde, 2005). However, there is no systematic and formal screening system in place, not even specific suggestions regarding the methodologies or tools that professionals should use for early detection. Therefore, health professionals use a variety of practices to monitor child development. For example, most professionals use non-validated checklists of developmental milestones, which are helpful to maintain a sense of normal development and keep track on red signs but lack criteria for decision-making. The use of this kind of checklists is the most common approach to early detection among health and education professionals and thus a major contributor for under detection (Glascoe & Robertshaw, 2008).

The Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) (Glascoe, 2002) is one of the most recommended screening tools (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, 2006; Regalado & Halfon, 2001). PEDS relies on parental concerns, deriving from extensive research evidencing the predictive value of parental concerns for developmental and behavioral problems (Glascoe & Dworkin, 1993; Glascoe, 1991).

PEDS is described as a surveillance and screening tool for developmental and behavioral problems in children from birth to age 8 (Glascoe, 2002). It uses a central focus of developmental surveillance – parental concerns – and at the same time it allows the classification of children on different levels of risk for developmental and behavioral problems. It takes little time to complete and score, requires little training for administration and scoring, needs no specialized equipment, is cost-effective and well-accepted by parents, and promotes parents' involvement (Glascoe, Foster, & Wolraich, 1997; Glascoe, 2000).

While PEDS has been translated into several languages (Spanish, Vietnamese, Thai, Indonesian, French, Swahili, Arabic, Somali, Taiwanese, Chinese, Hmong, Malaysian, Russian, Haitian-Creole, Cantonese, German, Galician, Icelandic, Cambodian, and Hebrew), and used in several international programs, most published validation research has been conducted in the United States. In cross-cultural applications, PEDS has been successfully used in Australia (Coghlan, Kiing, & Wake, 2003) and Galicia (Sarmiento Campos et al., 2011), but its psychometric properties in these cultural settings were not published in peer reviewed publications. Furthermore, data from Singapore showed that parents' interpretation of the concept of "concern" varies across language and culture, highlighting the importance of cross-cultural studies (Kiing et al., 2012).

The present study aimed to explore the psychometric properties of the Portuguese version of PEDS in a community sample of children aged two to six years. This report describes the findings of this study regarding the reliability, including internal consistency and inter-rater agreement, criterion-related validity, convergent validity, and accuracy of the Portuguese version of PEDS.

## Methods

### Participants

All parents of children aged 2 to 6 years attending 20 day care centers from three geographical areas of Portugal (Lisboa, Vila Franca de Xira, and Silves) were invited to participate (N=1023). Day care included a mix of public and cooperative centers. A total of 619 parents (61%) accepted to participate and received the Portuguese version of PEDS at home. Four hundred and sixty questionnaires were returned (response rate: 44% of the eligible parents; 73% of the accepting parents). 9 questionnaires were ineligible for analysis – three or more items left blank.

From the 451 children eligible for analysis, 49.4% were male. The children were aged from 20 to 78 months ( $M = 50.86$ ,  $SD = 13.99$ ). The majority of them were first born (59.2%). Most children lived in nuclear households (76.9). Twenty two children had special education needs and 27 had been previously diagnosed with a developmental disorder (speech-language disorders, autism spectrum disorders, motor delays).

Most questionnaires were completed by mothers (76.5%), aged between 21 and 55 years ( $M = 34.99$ ,  $SD=5.18$ ). The majority of mothers had a high school (34.8%) or higher (44.1%) educational level. Most of them were employed (74.8%). The majority of parents were married (52.8%) or cohabiting (27.5%).

## Procedure

Personal contacts were made with directors of early child care centers, asking for permission to present the study to parents. Parents of all children aged from 2 to 6 years attending the participating day care centers were invited to participate. Subjects were informed about the study by day care personnel or by the researcher and received an explanatory letter inviting them to participate jointly with the informed consent form. Once parents indicated willingness to participate returning the consent form, the study protocol and a cover letter were sent home by child care centers' personnel. All questionnaires were returned to the child's teacher in sealed envelopes.

## Measures

**Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS).** PEDS is a broadband screening tool for developmental and behavioral problems in children from birth to age 8. It is a 10-item parent completed questionnaire designed to elicit systematically parental concerns about development and behavior. Eight of the ten items address discreet developmental

domains, covering expressive language, receptive language, fine motor, gross motor, behavior, social-affective, self-help, and school. Parents answer in a three-point scale (no, a little, yes). The remaining two questions provide opportunities to identify more general concerns and are open-ended. Items are written for low literacy levels, enabling most parents to complete the tool independently (Glascoe, 2002).

Parental concerns are translated into pathways according to their predictive value for developmental and behavioral problems: children who follow Path A (two or more predictive concerns) have a high risk of developmental problems; children who follow Path B (one predictive concern) have a moderate risk of developmental problems; children who follow Path C (one or more non-predictive concerns) have low risk for developmental disabilities but an elevated risk for behavioral problems; children who follow Path D (no concerns but parents have communication difficulties or low literacy levels) are considered to be at moderate risk; and children who follow Path E (no concerns) have a low risk of developmental and behavioral problems (Glascoe, 2000).

The original studies on PEDS showed that it is as accurate as other well-validated screening tests, with sensitivity and specificity ranging from 70 to 80% (Glascoe, 1997). PEDS has been shown to be highly correlated with diagnostic measures of development (Glascoe, 2002). Regarding reliability, inter-rater agreement and test-retest were high, ranging from 80 to 100% with an average of 88%, and internal consistency also ( $\alpha=.81$ ) (Glascoe, 2002).

PEDS was translated into Portuguese by two independent translators<sup>12</sup>. The two translations were compared and originated a Portuguese version, which was back-translated into English. The final version of PEDS was commented by specialists on child development and pilot-tested with 15 parents. There was no need for further adjustments. This final version of

---

<sup>12</sup> The specific wording for “concerns” was previously tested in a qualitative study with parents, and the prevalence of concerns found pointed to its adequacy (Goes et al., 2010).

PEDS was studied with 151 parents, showing to be acceptable and easy to use by parents (Goes & Barros, 2011).

**Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).** The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a brief behavioral screening questionnaire for children's aged 3 to 16 years old, covering a broad range of behavioral aspects (Goodman, 1997). SDQ is one of the most used behavior questionnaires. The main advantages of SDQ are its briefness and comprehensiveness, simple administration and scoring, correspondence of its scales and items with major categories and criteria of current classification systems, and its availability in several languages free of charge (Rothenberger & Woerner, 2004).

The SDQ includes 25 core items on psychological attributes, rated in a three point scale (not true, somewhat true, and certainly true). These items are organized in five scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems, and prosocial behavior. The first four scales generate a total difficulties score. Each score may be classified as normal, borderline or abnormal according to the percentile (Goodman, 2001).

The original version of the SDQ was studied with a sample of British 5-15 years old children and adolescents, showing appropriate psychometric properties and convergent validity against a psychiatric diagnostic (Goodman, 2001). Several studies explored the properties of the Portuguese version of the SDQ, showing similar results (Marzocchi et al., 2004). For the present sample, the reliability of the SDQ scores was comparable to other studies, with the Cronbach's alpha for the total difficulties score being .76.

**Socio-Demographic Questionnaire.** Background information on the child and parents was collected using a general questionnaire. The questionnaire asked for information on

child's gender, age, birth order, health status, previous inclusion on special educational needs, previous diagnosis of a developmental delay, and current support from specialized services. Regarding the child's family, it asked about parents' marital status, age, educational level, employment status, household situation, and number of children in the home.

## **Analysis**

Descriptives were computed for the distribution of parental concerns across PEDS domains and for PEDS paths.

Reliability analysis included internal consistency and inter-rater agreement. The internal consistency of PEDS was addressed examining domain-total correlations and inter-item correlations, using combined responses (resulting from open-ended and probe questions). Coefficient alpha was produced for PEDS items as a whole. Inter-rater agreement was analyzed computing Cohen's kappa coefficient for the categorization of parental concerns into the developmental domains by two independent judges.

The criterion-related validity of PEDS was examined against the current presence of a developmental problem (current inclusion on special education needs or previous diagnosis of developmental delay). Convergent validity was explored using children's scores on SDQ. Bivariate analysis using chi-square tests and point biserial correlations was performed to explore the associations between children's developmental or behavioral outcomes and parental concerns. PEDS results with significant associations with children's developmental or behavioral outcomes were entered into logistic regression models to examine the predictive value of parental concerns for children's outcomes. For logistic regression, SDQ scores were dichotomized using the 80<sup>th</sup> percentile. This cut-off was chosen given that PEDS is a global first level screening tool, which results may point to the need of using a specific screening.

The accuracy of PEDS on the identification of children with a developmental problem was analyzed computing the sensitivity and specificity for predictive concerns. The accuracy of PEDS in the identification of children at risk for a behavioral problem (as given by SDQ borderline scores) was analyzed estimating the sensitivity and specificity for parental concerns on behavior and social-affective and for non-predictive concerns.

Analyses were done using PASW Statistics 18 for Windows. Tests were considered to be statistically significant if  $p < 0.05$ .

## Results

### Distribution of concerns

Parents held an average of 1.41 concerns (0-8). Most parents (63.6%) had at least one concern about their child's development, learning or behavior. The most frequent concerns were in the domains of behavior, social-affective, and expressive language (Table 30). Using the original algorithm of PEDS, most children (63.7%) were considered to be at some risk for developmental or behavioral problems.

**Table 30**

Frequency of parental concerns across PEDS domains

Domain	Portuguese data ( $N = 451$ )	
	n	%
Global	6	1.3
Expressive Language	116	25.7
Receptive Language	56	12.4
Fine Motor	20	4.4
Gross Motor	19	4.2
Behavior	169	37.5
Social-Affective	130	28.8
Self-Help	48	10.6
School	46	10.2
Other	31	6.9

## Reliability

**Internal consistency.** The corrected domain-total correlations were acceptable, ranging from .37 to .58, with the exception of global and other concerns. These two domains had item-total correlations lower than .3.

The inter-domain correlations were weak to moderate, ranging from .019 to .499, suggesting that they are independent and unique dimensions of child developmental status (Table 31). Lower correlations were found between the domain “other concerns” and the remaining, suggesting that it measures a different dimension. Concerns with higher correlations shared logical dimensions (e.g., fine and gross motor concerns, expressive and receptive language concerns). The mean inter-domain correlation was .22.

**Table 31**  
**Inter-domain correlations**

Domain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Global	--	.22	.15	.20	.28	.07	.14	.07	.11	.13
2. Expressive	.22	--	.36	.15	.26	.21	.23	.25	.16	.05
3. Receptive	.15	.36	--	.27	.37	.32	.35	.38	.33	.19
4. Fine motor	.20	.15	.27	--	.49	.26	.25	.32	.32	.03
5. Gross motor	.28	.26	.37	.49	--	.16	.20	.31	.25	-.05
6. Behavior	.07	.21	.32	.26	.16	--	.37	.24	.14	.11
7. Social	.14	.23	.35	.25	.20	.37	--	.35	.25	.16
8. Self-help	.07	.25	.38	.32	.31	.24	.35	--	.34	.15
9. School	.11	.16	.33	.32	.25	.14	.25	.34	--	.02
10. Other	.13	.05	.19	.03	-.05	.11	.16	.15	.02	--

Cronbach’s alpha coefficient was 0.73, indicating an acceptable internal consistency. The elimination of items with lower domain-total and inter-item correlations wouldn’t produce substantial changes on alpha coefficient.



**Inter-rater reliability.** The inter-rater agreement given by Cohen's kappa coefficient ranged from .71 to .95 across domains, revealing a good to excellent agreement between judges. The mean kappa for all domains was .85.

## Validity

**Criterion-related validity.** There were significant associations between most parental concerns and the presence of a developmental disability. Children were more likely to have a developmental disability when parents reported concerns on global,  $\chi^2(1) = 74.58, p < .001, OR = 1.21$ , expressive language,  $\chi^2(1) = 38.75, p < .001, OR = 8.48$ , receptive language,  $\chi^2(1) = 47.76, p < .001, OR = 9.69$ , fine motor,  $\chi^2(1) = 15.15, p < .001, OR = 6.17$ , gross motor,  $\chi^2(1) = 10.03, p = .002, OR = 4.96$ , behavior,  $\chi^2(1) = 5.32, p = .02, OR = 2.26$ , social-affective,  $\chi^2(1) = 23.08, p < .001, OR = 5.25$ , self-help,  $\chi^2(1) = 18.22, p < .001, OR = 4.91$ , and school,  $\chi^2(1) = 14.82, p < .001, OR = 4.41$ . Controlling for the effects of socio-demographic confounders and accounting for the effects of all domains of concern, parental concerns on expressive language, receptive language, and social-affective were associated with an increased likelihood of having a developmental disability (Table 32).

Considering PEDS paths, children classified on Path A were more likely to have a developmental disability,  $\chi^2(1) = 60.73, p < .001, OR = 12.28$ , and children classified on Paths C,  $\chi^2(1) = 5.16, p = .023, OR = 0.27$ , and E,  $\chi^2(1) = 14.76, p < .001, OR = 0.10$ , were less likely to have a developmental disability. In multivariate analysis, the classifications on paths A and B were associated with an increased likelihood of having a developmental disability (Table 32).

**Table 32****Predictive value of parental concerns and PEDS paths for developmental disability**

Concerns	Developmental disability		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Expressive language	1.75 (0.45)	5.75***	[2.39, 13.79]
Receptive language	1.54 (0.48)	4.67***	[1.82, 11.97]
Fine motor	0.91 (0.71)	2.49	[0.62, 9.96]
Gross motor	-0.26 (0.79)	0.77	[0.16, 3.67]
Behavior	-0.40 (0.45)	0.67	[0.28, 1.63]
Social-affective	1.32 (0.44)	3.75**	[1.6, 8.82]
Self-help	-0.02 (0.55)	0.98	[0.33, 2.87]
School	0.37 (0.53)	1.45	[0.51, 4.09]
$R^2 = .14$ (Cox & Snell), $.34$ (Nagelkerke). Omnibus $\chi^2 (10) = 68.97, p < .001$			
Paths	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Path A	3.53 (0.77)	34.11***	[7.53, 154.42]
Path B	1.91 (0.79)	6.75*	[1.44, 31.75]
Path C	0.77 (0.92)	2.15	[0.35, 13.12]
$R^2 = .11$ (Cox & Snell), $.27$ (Nagelkerke). Omnibus $\chi^2 (5) = 52.94, p < .001$			

<sup>a</sup>Adjusted for age and gender

**Convergent validity.** Parental concerns were weakly to moderately correlated with the SDQ scores. Higher correlation coefficients were found for domains content related to the SDQ scores. Significant correlates at  $p < .01$  were entered into logistic regression models.

The total scale of the SDQ showed positive correlations with the report of concerns about expressive language,  $r_{pb} = .19, p < .001$ , receptive language,  $r_{pb} = .31, p < .001$ , fine motor,  $r_{pb} = .14, p = .008$ , gross motor,  $r_{pb} = .13, p = .01$  behavior,  $r_{pb} = .28, p < .001$ , social-affective,  $r_{pb} = .24, p < .001$ , self-help,  $r_{pb} = .22, p < .001$ , and school,  $r_{pb} = .2, p < .001$ . Entering parental concerns simultaneously, only concerns about receptive language and behavior were associated with a higher likelihood of a borderline total difficulties score (Table 33). The regression model correctly classified 79.5% of subjects.

The remaining subscales of the SDQ showed more specific correlations with each domain of parental concerns. The emotional symptoms score was positively correlated with receptive language,  $r_{pb} = .28, p < .001$ , social-affective,  $r_{pb} = .26, p < .001$ , self-help,  $r_{pb} = .2, p < .001$ , and school concerns,  $r_{pb} = .18, p < .001$ . Following logistic regression, the presence of receptive language and social-affective concerns increased the likelihood of a score above the 80<sup>th</sup> percentile, but the model only classified correctly 65.6% of cases (Table 33).

The conduct problems score was significantly associated to concerns about receptive language,  $r_{pb} = .15, p = .003$ , behavior,  $r_{pb} = .31, p < .001$ , and self-help,  $r_{pb} = .12, p = .021$ . Accounting for the effects of socio-demographic variables and parental concerns, only parental concerns about children's behavior increased the likelihood of a score above the 80<sup>th</sup> percentile (Table 33). The regression model made a correct classification of 78.7% of cases.

The hyperactivity / inattention scale was positively associated with parental concerns about expressive language,  $r_{pb} = .15, p = .003$ , receptive language,  $r_{pb} = .25, p < .001$ , fine motor,  $r_{pb} = .13, p = .013$ , gross motor,  $r_{pb} = .12, p = .022$ , behavior,  $r_{pb} = .26, p < .001$ , self-help,  $r_{pb} = .13, p = .009$ , and school,  $r_{pb} = .11, p = .029$ . In multivariate analysis, only concerns about behavior remained significantly associated with a score above the 80<sup>th</sup> percentile, but the model did not increase the percentage of subjects correctly classified (Table 33).

The peer problems scale was significantly correlated with concerns about expressive language,  $r_{pb} = .19, p < .001$ , receptive language,  $r_{pb} = .15, p = .005$ , fine motor,  $r_{pb} = .12, p = .017$ , gross motor,  $r_{pb} = .13, p = .011$ , social-affective,  $r_{pb} = .3, p < .001$ , self-help,  $r_{pb} = .16, p = .002$ , and school,  $r_{pb} = .19, p < .001$ . After accounting for the effects of these concerns simultaneously, only parental social-affective concerns increased the likelihood of a score above the 80<sup>th</sup> percentile (Table 33). The regression model made a correct classification on 78.4% of cases.

**Table 33****Predictive value of parental concerns for SDQ scores above the 80<sup>th</sup> percentile**

Total difficulties score			
Concerns	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Expressive language	0.23 (0.30)	1.26	[0.7, 2.26]
Receptive language	0.80 (0.37)	2.23*	[1.07, 4.63]
Fine motor	0.29 (0.6)	1.34	[0.41, 4.33]
Gross motor	0.00 (0.65)	1	[0.28, 3.58]
Behavior	0.68 (0.28)	1.97*	[1.14, 3.42]
Social-affective	0.46 (0.29)	1.59	[0.9, 2.8]
Self-help	0.12 (0.41)	1.13	[0.5, 2.52]
School	0.47 (0.4)	1.6	[0.73, 3.52]
$R^2 = .1$ (Cox & Snell), .15 (Nagelkerke). Omnibus $\chi^2$ (10) = 37.86, $p < .001$			
Emotional symptoms score			
Concerns	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Receptive language	0.83 (0.35)	2.29*	[1.15, 4.58]
Social-affective	0.5 (0.25)	1.65*	[1.02, 2.69]
Self-help	0.61 (0.37)	1.84	[0.89, 3.83]
School	0.5 (0.37)	1.65	[0.81, 3.38]
$R^2 = .08$ (Cox & Snell), .12 (Nagelkerke). Omnibus $\chi^2$ (6) = 32.99, $p < .001$			
Conduct problems score			
Concerns	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Receptive language	0.54 (0.38)	1.71	[0.82, 3.59]
Behavior	1.07 (0.27)	2.93***	[1.71, 5.01]
Self-help	0.09 (0.41)	1.09	[0.49, 2.43]
$R^2 = .15$ (Cox & Snell), .22 (Nagelkerke). Omnibus $\chi^2$ (5) = 59.75, $p < .001$			
Hyperactivity / inattention score			
Concerns	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Expressive language	0.01 (0.3)	1.01	[0.56, 1.83]
Receptive language	0.63 (0.38)	1.89	[0.9, 3.94]
Behavior	0.61 (0.28)	1.84*	[1.07, 3.16]
Self-help	0.12 (0.41)	1.12	[0.51, 2.49]
$R^2 = .05$ (Cox & Snell), .07 (Nagelkerke). Omnibus $\chi^2$ (6) = 17.17, $p = .009$			
Peer relation problems score			
Concerns	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Expressive language	0.61 (0.28)	1.84*	[1.06, 3.21]

Receptive language	0.37 (0.38)	1.45	[0.69, 3.04]
Social-affective	0.93 (0.27)	2.53***	[1.49, 4.3]
Self-help	0.49 (0.38)	1.62	[0.77, 3.45]
School	0.09 (0.4)	1.09	[0.5, 2.37]

$R^2 = .08$  (Cox & Snell), .12 (Nagelkerke). Omnibus  $\chi^2 (7) = 31.88, p < .001$

<sup>a</sup> Adjusted for age and gender

**Accuracy.** The sensitivity of predictive concerns in detecting children with a developmental problem was 85%. The specificity was 65%, with a large false positive rate (35%). Regarding the detection of children at risk for a behavioral problem, non-predictive concerns revealed low to appropriate sensitivity and low specificity. The presence of behavior or social-affective concerns revealed appropriate sensitivity for the detection of borderline scores on total difficulties and conduct problems, but low for the remaining scores. The specificity of the report of these concerns was low (Table 34).

**Table 34**

**Accuracy of parental concerns in the detection of children with SDQ borderline scores**

SDQ	Non-predictive concerns		Behavior or social-affective concerns	
	Sensitivity	Specificity	Sensitivity	Specificity
	%	%	%	%
Total difficulties	75.6	51.2	72	53.6
Emotional symptoms	64.79	51.5	59.2	52.4
Conduct problems	75	51.9	71.7	54.4
Hyperactivity	66.2	48.3	63.6	51
Peer relation problems	71.6	50.5	68.2	53

## Discussion

This study addressed the psychometric properties of the Portuguese version of PEDS and further explored the role of parental concerns in the detection of children's behavior

problems. Our data suggest that PEDS may provide reliable and valid outcomes with Portuguese families. More research should be conducted on the predictive value of parental concerns in different cultures.

The Portuguese version of PEDS revealed acceptable reliability. Cronbach's alpha coefficient was acceptable and inter-rater reliability was good. Domain-total and inter-domain correlations were lower than desirable for some domains. However, excluding those domains wouldn't increase the alpha substantially. Besides, lower correlations between the cognitive and behavior/self-help domains are legitimate. Regarding the domain "other concerns", the lower correlations with other domains and the total scale reveal an expected trend – these concerns should include correlates of child developmental status (e.g., health, sleep). On the other hand, these concerns are reported in answer to an open-ended question and research on parental concerns had previously showed that parents are more accurate when answering to specific questions (Glascoe, 2002).

Regarding criterion-related validity, parental concerns found to predict a developmental problem are consistent with previous research on PEDS and with the types of developmental problems present in this sample. Actually, parental concerns about children's language were found to be predictive of developmental delays across all age groups, while other concerns found to be predictive were specific for some age groups, such as fine motor concerns (Glascoe, 1997, 2002). Regarding the predictive value of social-affective concerns, it must be noted that those concerns were found to be predictive of developmental problems among younger age groups (Glascoe, 2002). This study used older age groups but there was a considerable proportion of autism spectrum disorders among children with developmental delays that may explain the predictive value of the social-affective domain. Besides, in some countries, the research on PEDS revealed different constellations of concerns and therefore the scoring algorithm had to be adjusted (Glascoe, 2013).

Considering convergent validity, concerns about language, behavior, and social-affective were the main correlates of a borderline score in the SDQ scales. USA data only isolated the effects of behavior and social skills (Glascoe, 2003). However, the effects of language on children's socialization, emotional expression, and cooperation are not surprising. Actually, research on children's development of self-regulation highlighted the importance of language development (Vallotton & Ayoub, 2011).

Parental concerns revealed distinct contributions for different SDQ scales. Concerns on the social-affective domain predicted a borderline score in internalizing scales. Concerns about children's behavior were predictive of a borderline score in externalizing scales. The model for the conduct problems score revealed a better fit than the remaining, suggesting that parental concerns may be more appropriate to screen for cooperation problems. Previous data on the convergent validity of PEDS against behavioral screening measures did not discriminate between different behavioral problems dimensions (Glascoe, 2003).

In this sample, the sensitivity of the predictive concerns proposed by the author to detect children with a developmental problem was 85% and specificity 65%. This data should be taken with caution given the criterion used. Actually, children's current inclusion in special education needs or previous diagnosis of a developmental delay is likely to provide an inaccurate estimate of children's current developmental status. Therefore, the high proportion of false positives may include several children that have not been diagnosed yet. On the other hand, previous research with PEDS showed that children with false-positive scores performed substantially lower than children with true negative scores on developmental measures, constituting an at-risk group (Glascoe, 2001). The low specificity may also point to the need for changing the scoring criteria for Portugal.

Regarding the accuracy of PEDS in the detection of children with borderline scores in the SDQ, the sensitivity rates suggest that parental concerns may be more appropriate for the

detection of overall behavior problems and cooperation problems than for the detection of internalizing problems. Previous data on the sensitivity of PEDS for the detection of mental health problems did not discriminate among different dimensions of behavioral and emotional problems (Glascoe, 2003). The accuracy of parental concerns in discriminating children with externalizing and internalizing disorders should be further explored in future research.

The low specificity of PEDS against borderline SDQ scores, pointing to a high proportion of false positives, may have several explanations. To begin with, previous studies with PEDS showed that inaccurately concerned parents were signaling intervention needs even if their children were functioning within normal limits (Glascoe, 2001). Therefore, for anticipatory guidance or brief counseling purposes, the low specificity of parents concerns may actually provide an important opportunity for preventive interventions. Additionally, a recent report discussing the psychometric properties of the SDQ for young children proposed the use of lower cut-off scores for screening purposes, which could have produced more appropriate accuracy levels (Ezpeleta et al., 2012).

The present study has several limitations that must be considered. The response rate was too low and children at high risk may have not been included. Besides, the sample was skewed regarding parents' educational level and only comprised parents from urban areas. Regarding criterion-validity analysis, children's previous diagnosis of a developmental problem is a rough and inaccurate criterion given that international data point to quite low early detection rates. On the other hand, children's scores on SDQ were used as an indicator of behavior and socio-emotional status, but SDQ is on itself a screening tool with a proportion of false positives and false negatives (Goodman et al., 2000). Therefore, results on the Portuguese version of PEDS should be considered against diagnostic measures of development and behavior in future studies.



Eliciting parental concerns through PEDS has been described as an effective surveillance and screening approach to children's development and screening. The use of parental concerns is recommended by several guidelines on child health surveillance, including the Portuguese ones. The Portuguese version of PEDS revealed encouraging psychometric properties. The value of this tool for improving early detection of developmental and behavioral problems of Portuguese children should be further explored.



# Is that a problem or a concern? The role of parental perceptions of children's behavior in the identification of families' need for intervention

## Abstract

---

**Objective:** Parental concerns and perceptions of problems regarding children's behavior have been thought to be essential to providing a family-centered approach and improving the use of services. However, these parental perceptions have seldom been analyzed simultaneously. This study explored the prevalence and correlates of parental concerns and perceptions of problems. Agreement and discrepancies between concerns, perceptions of problems, and problem behaviors were examined.

**Method:** Three hundred seventy-five parents of preschool children attending day care centers were recruited. Parents answered the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), the Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS), and the Parental Behaviors Questionnaire.

**Results:** Fifty-two percent of parents reported concerns and 31% perceived problems. Parental concerns and perceptions of problems revealed a modest agreement with problem behaviors. Among children with SDQ scores above the 90<sup>th</sup> percentile, 81% of parents reported concerns and 67% perceived problems. Among children with problem behaviors in the normal range, 46% of parents reported concerns and 25% perceived problems. When analyzed simultaneously, parental concerns and perception of problems distinguished different levels of severity.

**Conclusion:** This study suggests that the identification of families' needs should incorporate the report of concerns or perceived problems by families, even when the child does not exhibit clinically significant behaviors, and should not be restricted to families of children with severe behaviors. Despite the considerable agreement between parental concerns and perceptions of problems, the discrepancies seemed to suggest different levels of need. Preventive approaches should consider these issues to maximize the reach of interventions.

**Keywords:** concerns, perception of problems, behavior problems, agreement, discrepancy

---

## Introduction

Developmental and behavioral problems are highly prevalent during early childhood, but only a small percentage of children are correctly identified and receive appropriate interventions (Boyle et al., 1994; Glascoe & Shapiro, 1999). The use of a family-centered approach has been highly recommended to improve the developmental and behavioral services

provided to families (American Academy of Pediatrics et al., 2003). In the scope of this approach, parental perception of needs is recognized as essential for early detection and clinical decision making (American Academy of Pediatrics et al., 2003). Indeed, current guidelines for surveillance and screening of developmental and behavior problems put a strong focus on the assessment of parental perceptions of their children's development and behavior (Council on Children with Disabilities et al., 2006; J. Foy, 2010). Both parental concerns and perceptions of problems have been examined to understand the contribution of parental perceptions of their children's behavior to early detection and help seeking. Yet, the literature regarding parental perceptions of preschool children's behavior is limited.

Parental concerns about their child's behavioral and emotional adjustment have been described as an accurate method for identifying behavior problems (Glascoe, 2003), and the elicitation of parental concerns is recommended to improve early detection (Council on Children with Disabilities et al., 2006). Parental concerns were associated with seeking the help of professionals (Ellingson, Briggs-gowan, Carter, & Horwitz, 2004), and the disclosure of concerns to health professionals improved detection, anticipatory guidance, referral, and services use (Schonwald et al., 2009; Sheldrick, Neger, & Perrin, 2012; Wildman et al., 1999).

There is not much information about what triggers parental concern. Beyond socio-demographic variables, the only predictors that have been examined are behavior intensity, family burden, and parent-child relationship (Ellingson et al., 2004; Wildman et al., 1999). The available research has focused mainly on the agreement between parental concerns and behavior problems. However, previous research has shown that inaccurately concerned parents (i.e., parents with concerns about children who have normal results in developmental tests) had children in the limits of normality and thus could be signaling intervention needs (Glascoe, 2001).

Parental perception that the child has a problem has been conceptualized as one of the components of problem recognition (Costello, Pescosolido, Angold, & Burns, 1998). Parental perceptions of problems were associated with help seeking and services use (Teagle, 2002; Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, van der Ende, & Verhulst, 2003). According to the literature on school-age children and adolescents, the predictors of parental problem recognition include: the child's age, gender, ethnicity, and grades in school; rural residence; the family income; the parents' educational level, unemployment, negative life events, and history of psychopathology; parent-child relationship problems; maternal depression; poor neighborhood and poor living conditions; large households and single parenting; problem severity and persistence; type of problem; and family impact and distress (Angold et al., 1998; Teagle, 2002; Zwaanswijk et al., 2003). Socio-demographic variables associated with problem perception are not completely consistent across studies.

Although parental perceptions of problems were associated with symptom severity, the prevalence of problem perception across studies is low compared to the proportion of children above the clinical cut-off points of the measures used (Teagle, 2002; Zwaanswijk, Verhaak, Van der Ende, Bensing, & Verhulst, 2006). Most authors suggested that this discrepancy resulted from parental difficulties in distinguishing between normal and problematic behaviors (Ellingson et al., 2004; Teagle, 2002). In contrast, Zwaanswijk et al. (2006) hypothesized that children with deviant scores who were not recognized as having a problem by their parents could correspond to a subgroup of children who have problems but who may be functioning adequately. However, this hypothesis has not been fully explored. Additionally, most studies did not examine the proportion of parents that report concerns or perceive problems when their children are within normal limits.

Some authors have suggested that parental concerns and perceptions of problems are part of the process of acknowledgment of behavior problems (Arcia & Fernandez, 2003).

Accordingly, in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Primary Care Version (American Psychiatric Association, 1995), concerns and problems represent different levels of severity and therefore require different levels of intervention. However, this distinction is based on clinical criteria and not on its subjective meaning from the parent's perspective. Indeed, most studies have only examined one of these dimensions at a time and the agreements and discrepancies between parental concerns and perceptions of problems have not been previously reported. For early detection and intervention purposes, it would be useful to understand if these dimensions are different or the same from the parents' perspective.

This study intended to examine parental concerns and problem perceptions in a community sample of preschool children. Specifically, the aims were threefold: estimate and compare the prevalence of parental perceptions of problems and concerns regarding children's behavior according to children's scores in a screening tool; identify possible correlates of these two forms of parental perception of needs and examine their relative effects; examine parental concerns and problem perceptions simultaneously and explore agreements, discrepancies, and possible correlates. Some authors have pointed out that relational aspects between parents and children, such as communication and time spent together, might influence the way that parents perceive their children's behavior and emotions (Van Roy, Groholt, Heyerdahl, & Clench-Aas, 2010). Likewise, parental behaviors regarding the socialization and adjustment of children may have an impact on parental perceptions. Following this idea, we hypothesized that parents' management of children's behavior could account for the associations and discrepancies between the severity of problems and parental perceptions. Therefore, parental discipline strategies were included in the analyses.

## Methods

### Participants and procedures

Day care centers' from different geographic areas of Portugal were contacted and asked to participate in the study. Parents of preschool children were informed about the study and received an explanatory letter inviting them to participate along with an informed consent form. Once parents returned the consent form, the study protocol was sent home. All questionnaires were returned to the child's teacher in sealed envelopes. Three hundred seventy-eight parents returned the study protocol. Three protocols were considered ineligible for analysis.

From the 375 children eligible for analysis, 48.3% were male. The children were between 36 and 78 months old ( $M = 55.13$ ,  $SD = 11.18$ ). The majority of the children were first-born (59.6%) and lived in nuclear households (76.5%).

Mother completed most of the questionnaires (82.1%). The mothers were aged between 21 and 55 years ( $M = 35.07$ ,  $SD = 5.17$ ). The majority of mothers had high school (37.8%) or higher (41.3%) educational levels. Most of the mothers were employed (75.9%). The majority of parents were married (52.9%) or cohabiting (27.8%).

### Measures

**Parental concerns.** Parental concerns about emotional and behavioral adjustment were elicited using a standardized screening tool for developmental and behavioral problems based on parents' concerns, the Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) (Glascoe, 2002). The PEDS is a broadband screening tool that includes 10 items designed to systematically elicit parents' concerns about development and behavior. Eight of the ten items address discreet developmental domains that cover expressive language, receptive lan-

guage, fine motor, gross motor, behavior, social-affective, self-help, and school. The remaining two questions are open-ended to provide the opportunity to report more general concerns.

The PEDS has been shown to be accurate in the detection of developmental and behavioral problems (Glascoe, 1997). Behavioral and social-affective concerns have been shown to be predictive of children's mental health status (Glascoe, 2003). The Portuguese version of the PEDS has been studied in 451 children and showed promising properties (Goes & Barros, manuscript ready for submission).

**Problem behaviors, impact, and parental perceptions of problems.** Children's behavioral and emotional problems were evaluated using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The SDQ is a brief behavioral screening questionnaire for children aged 3 to 16 years old that covers a broad range of emotional and behavioral aspects (Goodman, 1997).

The extended version of the SDQ includes 25 core items on psychological attributes and an impact supplement. The 25 items are organized into the following five scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems, and prosocial behavior. The first four scales generate a total difficulties score. Each score may be classified as normal, borderline (80<sup>th</sup> percentile) or abnormal (90<sup>th</sup> percentile) (Goodman, 2001).

The impact supplement asks parents if they think that the child has a problem and, if so, enquires further about the chronicity, overall distress, social impairment related to family, friends, learning situations and leisure activities, and family burden. The items concerning overall distress and social impairment generate an impact score. The items on chronicity and family burden provide a chronicity and burden rating.

The original version of the SDQ showed appropriate psychometric properties and convergent validity against psychiatric diagnoses (Goodman et al., 2000; Goodman, 2001).



Several studies have explored the properties of the Portuguese version of the SDQ and produced results similar to those of the original studies (Marzocchi et al., 2004). For the present sample, the reliability of the SDQ scores was comparable to that of other studies, as the Cronbach's alpha for the total difficulties score was .76.

**Parenting practices.** Parental strategies were evaluated using the Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ). The questionnaire was designed to probe a range of parental behaviors, including parent-child activities and discipline strategies, while remaining concise. The items were derived from research about the role of parenting and discipline in children's outcomes (Rothbaum & Weisz, 1994; Socolar, 1997), from dimensions commonly included in programs and recommendations for the promotion of child development and behavioral adjustment, and from other questionnaires on this subject (e.g., the Parent Behavior Checklist [PBC]).

The final version of the questionnaire included 15 items about parent-child activities, strategies for encouraging appropriate behaviors, and effective and ineffective strategies for dealing with misbehavior. The questionnaire was studied in 451 parents and subjected to factor analysis. For the items on parent-child activities, one factor was extracted (involvement). For the items regarding proactive and reactive discipline strategies, the following four factors were extracted: encouragement (e.g., praising), inconsistency (e.g., distracting and threatening), limit-setting (e.g., time-out), and harsh discipline (e.g., shouting, slapping). Cronbach's alpha coefficient ranged from .5 to .6.

**Socio-Demographic Questionnaire.** Background information on the children (e.g., gender, age, birth order, health status) and parents (marital status, educational level, employment status, household situation) was collected using a general questionnaire.

## Analysis

Descriptives were computed for behavioral and emotional problems, parental perceptions of problems, and parental concerns.

Agreement between symptom scores and parental perceptions (problems and concerns) was measured using Spearman correlations. Correlates of parental perceptions were explored using Spearman correlations. To control for possible confounds (i.e., the child's age, gender, and birth order and the parents' educational level, and household composition) and identify main correlates (i.e., chronicity, impact, burden, and parental behaviors revealing significant associations), stepwise logistic regression analyses were run. The fit of the final models were evaluated using the omnibus test of coefficients. Statistical tests of the regression estimated odds ratios were based on Wald statistics.

Discrepancies between parental perceptions of child behavior and symptoms were analyzed using cross-tabulation and chi-square tests. The following categorical variables of the accuracy of parental perceptions were generated: accurately non-concerned / accurate negative perception (no concerns / no perceptions and normal SDQ scores); inaccurately concerned / inaccurate positive perception (concerns / perceptions of problem and normal SDQ scores); accurately concerned / accurate positive perception (concerns / perceptions of problem and borderline or abnormal SDQ scores); inaccurately non-concerned / inaccurate negative perception (no concerns / no perceptions and borderline or abnormal SDQ scores). Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were used to explore possible correlates of these categories. Logistic regression (stepwise) was used to examine main correlates while controlling for possible confounds.

The same analyses were used to explore the agreement and discrepancies between parental concerns and perceptions of problems and examine possible correlates.

Analyses were performed using PASW Statistics 18 for Windows. Findings were considered significant at  $p < 0.05$ . A Bonferroni correction was used for multiple comparisons.

## Results

### Frequency of behavior problems, parental concerns and perceptions of problems

Considering the total difficulties score of the SDQ, 21.9% of children were within the borderline to abnormal range. For the remaining SDQ scores, approximately 20-30% of the children were classified in the borderline or abnormal level of difficulty. A considerable percentage of parents had concerns about behavior (38.9%) and regarding the social-affective domain (31.2%). Regarding the perceptions of problems, 31% perceived difficulties, ranging from minor (24%) to definite or severe difficulties (7%), and 18% of parents perceived some burden to the family as a whole (14% perceived only a little burden and 4% perceived quite a lot or a great deal). Impact was reported in 10% of observations.

### Parental concerns, symptoms, and impact

**Agreement and correlates.** Parental concerns about behavior were associated with total difficulties,  $r_s = .27$ ,  $p < .001$ , conduct problems,  $r_s = .31$ ,  $p < .001$ , and hyperactivity/inattention,  $r_s = .24$ ,  $p < .001$ . Social-affective concerns were associated with total difficulties,  $r_s = .22$ ,  $p < .001$ , emotional symptoms,  $r_s = .23$ ,  $p < .001$ , and peer relation problems,  $r_s = .28$ ,  $p < .001$ . Aside from symptoms, additional correlates of parental concerns were explored. Parental concerns about behavior were associated with higher scores in impact,  $r_s = .21$ ,  $p < .001$ , family burden,  $r_s = .37$ ,  $p < .001$ , chronicity,  $r_s = .32$ ,  $p < .001$ , inconsistency,  $r_s = .19$ ,  $p < .001$ , and harsh discipline strategies,  $r_s = .17$ ,  $p < .001$ . Social-affective concerns were positively associated with impact,  $r_s = .25$ ,  $p < .001$ , family burden,  $r_s = .27$ ,  $p < .001$ , and chronicity,  $r_s = .21$ ,  $p < .001$ .

Multivariate analysis, after controlling for socio-demographics, revealed that conduct problems, chronicity, and inconsistent discipline strategies increased the likelihood of having concerns about behavior (Table 35). Social-affective concerns were predicted by emotional symptoms, peer relation problems, and impact (Table 35).

**Table 35**  
**Predictors of parental concerns**

Predictors	Behavioral concerns			Social-affective concerns		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Conduct problems	0.86 (0.30)	2.37**	[1.32, 4.27]	-	-	-
Emotional symptoms	-	-	-	0.57 (0.26)	1.77*	[1.06, 2.95]
Peer relation problems	-	-	-	0.95 (0.29)	2.58***	[1.47, 4.53]
Impact		ns		0.47 (0.19)	1.59**	[1.10, 2.30]
Chronicity	1.45 (0.26)	4.25***	[2.55, 7.09]	ns	ns	ns
Inconsistent strategies	0.23 (0.07)	1.25***	[1.10, 1.43]	-	-	-
Cox & Snell <i>R</i> <sup>2</sup>		.19			.15	
Nagelkerke <i>R</i> <sup>2</sup>		.26			.20	
Model $\chi^2$		77.80, <i>p</i> < .001			57.61, <i>p</i> < .001	

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval; ns = non significant.

<sup>a</sup> Adjusted for child's age and gender, parents' educational level, birth order, and household composition

\**p* < .05. \*\**p* < .01. \*\*\**p* < .005

**Discrepancies between parental concerns and problem behaviors.** After banding the SDQ total difficulties score into normal, borderline and abnormal groups, parents with concerns were more likely to have children in the borderline or abnormal group (Table 36). However, an important proportion of parents reported discrepant data (42.4%). Specifically, from the 293 parents whose children had normal scores, 136 (46.4%) reported concerns; and

from the 82 parents whose children had a borderline or abnormal score, 23 (28%) did not report concerns.

**Table 36**

**Agreement and discrepancies between parental concerns and total difficulties**

Concerns	Total difficulties			$\chi^2$
	Normal n (%)	Borderline n (%)	Abnormal n (%)	
No	157 (41.9)	14 (3.7)	9 (2.4)	20.75***
Yes	136 (36.3)	20 (5.3)	39 (10.4)	

\*\*\* $p < .005$

The subgroups resulting from cross-tabulation (accurately non-concerned, inaccurately concerned, accurately concerned, and inaccurately non-concerned) were significantly different regarding symptomatology, social impairment, family burden, chronicity, and parental discipline strategies (Table 37). Multiple comparisons revealed that concerned parents reported more problem behaviors and impairment than non-concerned parents. Additionally, among parents of children with a normal SDQ score, inaccurately concerned parents used more inconsistent discipline strategies, than did accurately non-concerned parents,  $U = 9261$ ,  $p = .047$ .

**Table 37**

**Correlates of agreement and discrepancy between parental concerns and SDQ**

	Behavioral or social-affective concerns				Kruskal-wallis test
	Accurately non-concerned n = 157	Inaccurately concerned n = 136	Accurately concerned n = 59	Inaccurately non-concerned n = 23	
	Mean rank	Mean rank	Mean rank	Mean rank	
Total difficulties	127.10 <sup>a</sup>	169.97 <sup>a, b</sup>	337.79 <sup>a, b, c</sup>	326.07 <sup>a, b, c</sup>	204.18***

Emotional	155.05	172.75 <sup>b</sup>	281.06 <sup>a, b</sup>	264.41 <sup>a, b</sup>	75.36***
Conduct problems	146.17 <sup>a</sup>	174.39 <sup>a, b</sup>	296.76 <sup>a, b</sup>	275.02 <sup>a, b</sup>	103.83***
Hyperactivity	147.32 <sup>a</sup>	168.67 <sup>a, b</sup>	300.43 <sup>a, b</sup>	291.59 <sup>a, b</sup>	112.76***
Peer problems	149.62 <sup>a</sup>	183.18 <sup>a, b</sup>	264.58 <sup>a, b</sup>	282.04 <sup>a, b</sup>	71.08***
Impact	173.53 <sup>a</sup>	189.65 <sup>a, b</sup>	223.51 <sup>a, b</sup>	185.96	33.44***
Family burden	159.09 <sup>a</sup>	197.90 <sup>a, b</sup>	246.02 <sup>a, b</sup>	177.98 <sup>a, c</sup>	66.34***
Chronicity	149.95 <sup>a</sup>	205.82 <sup>a, b</sup>	243.95 <sup>a, b</sup>	198.85 <sup>a</sup>	53.86***
Inconsistent	168.24 <sup>a</sup>	193.43 <sup>a</sup>	213.50 <sup>a</sup>	225.39 <sup>a</sup>	11.91**
Harsh discipline	173.44	190.85	216.31 <sup>a</sup>	197.89	7.48

Note. Superscript letters identify statistically significant associations in multiple comparisons.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

Considering the subgroups of children with a normal score, logistic regression showed that elevated scores on peer relation problems, conduct problems, chronicity, and inconsistent discipline strategies were associated with a higher likelihood of reporting concerns (Table 38).

**Table 38**

**Predictors of inaccurate concerns and inaccurate perceptions of problems**

Predictors	Inaccurately concerned		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Peer relation problems	0.99 (0.40)	2.70**	[1.26, 5.79]
Conduct problems	1.15 (0.45)	3.17**	[1.32, 7.62]
Chronicity	1.66 (0.07)	5.24***	[2.78, 9.87]
Inconsistent strategies	0.16 (0.07)	1.18*	[1.02, 1.36]
$R^2 = .20$ (Cox & Snell), $.27$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (10) = 65.57, $p < .001$			
Predictors	Inaccurate perceptions of problems		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Peer relation problems	1.09 (0.53)	2.96*	[1.05, 8.31]
Chronicity	1.63 (0.45)	37.65***	[15.55, 91.16]
$R^2 = .42$ (Cox & Snell), $.62$ (Nagelkerke). Model $\chi^2$ (8) = 157.27, $p < .001$			

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval.

<sup>a</sup> Adjusted for child's age and gender, parents' educational level, birth order, and household composition

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

## Perceptions of problems, symptoms, and impact

**Agreement and correlates.** Parental perceptions of problems exhibited low to moderately significant correlations with total difficulties,  $r_s = .34$ ,  $p < .001$ , emotional symptoms,  $r_s = .23$ ,  $p < .001$ , conduct problems,  $r_s = .20$ ,  $p < .001$ , hyperactivity,  $r_s = .26$ ,  $p < .001$ , and peer relation problems,  $r_s = .21$ ,  $p < .001$ . Regarding additional correlates, perceptions of problems were associated with impact,  $r_s = .55$ ,  $p < .001$ , family burden,  $r_s = .66$ ,  $p < .001$ , chronicity,  $r_s = .70$ ,  $p < .001$ , and limit-setting discipline strategies,  $r_s = .11$ ,  $p = .043$ . After controlling for possible confounders and for the effects of the relevant variables, the main contributors to the perceptions of problems were emotional symptoms, impact, and chronicity (Table 39).

**Table 39**  
**Predictors of perception of problems**

Predictors	Perceptions of problems		
	<i>B</i> (SE)	<i>OR</i> <sup>a</sup>	95% CI
Emotional symptoms	0.71 (0.34)	2.04*	[1.04, 4.00]
Impact	3.24 (1.14)	25.52**	[2.74, 237.41]
Chronicity	3.08 (0.34)	21.72***	[11.15, 42.31]
$R^2 = .42$ (Cox & Snell), $.59$ (Nagelkerke $R^2$ ). Model $\chi^2$ (9) = 198.16, $p < .001$			

Note. *OR* = odds ratio; CI = confidence interval; ns = non significant.

<sup>a</sup> Adjusted for child's age and gender, parents' educational level, birth order, and household composition

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

**Discrepancies.** After collapsing the SDQ total difficulties score into normal, borderline, and abnormal, parents who reported a problem were more likely to have children with a borderline or abnormal score (Table 40). However, approximately 30% of the parents reported discrepant data. Specifically, from the 293 whose children had normal scores, 73 (24.9%)

considered the child had a problem; and from the 82 parents whose children had a borderline or abnormal score, 39 (47.6%) did not perceive problems.

**Table 40**

**Agreement and discrepancies between parental perception of problems and total difficulties**

Perception of problems	Total difficulties			$\chi^2$
	Normal	Borderline	Abnormal	
	n (%)	n (%)	n (%)	
No	220 (58.7)	23 (6.1)	16 (4.3)	33.69***
Yes	73 (19.5)	11 (2.9)	32 (8.5)	

\*\*\* $p < .005$

The subgroups formed from cross-tabulation (accurate negative perception, inaccurate positive perception, accurate positive perception, inaccurate negative perception) revealed significant differences on symptomatology, impact, family burden, chronicity, and parental discipline strategies (Table 41). Multiple comparisons using Mann-Whitney tests showed that the subgroups distinguished different levels of severity.

**Table 41.**

**Correlates of discrepancies between perception of problems and SDQ total difficulties**

	Perception of problems				Kruskal-wallis test
	Accurate negative	Inaccurate positive	Accurate positive	Inaccurate negative	
	N = 220	N = 73	N = 43	N = 39	
	Mean rank	Mean rank	Mean rank	Mean rank	
Total difficulties	136.14 <sup>a</sup>	179.74 <sup>a, b</sup>	341.31 <sup>a, b, c</sup>	326.99 <sup>a, b, c</sup>	201.80***
Emotional	158.25 <sup>a</sup>	178.38 <sup>b</sup>	295.15 <sup>a, b, c</sup>	255.71 <sup>a, b, c</sup>	77.73***
Conduct problems	155.59 <sup>a</sup>	170.34 <sup>b</sup>	302.21 <sup>a, b</sup>	277.94 <sup>a, b</sup>	99.69***
Hyperactivity	149.49 <sup>a</sup>	180.55 <sup>a, b</sup>	308.27 <sup>a, b, c</sup>	286.58 <sup>a, b, c</sup>	115.18***
Peer problems	157.05 <sup>a</sup>	189.76 <sup>a, b</sup>	267.90 <sup>a, b</sup>	271.22 <sup>a, b</sup>	68.53***
Impact	169 <sup>a</sup>	217.21 <sup>a, b</sup>	248.79 <sup>a, b, c</sup>	173.49 <sup>a, b, c</sup>	95.86***



Family burden	156.14 <sup>a</sup>	240.29 <sup>a, b</sup>	280.07 <sup>a, b, c</sup>	168.35 <sup>a, b, c</sup>	154.10***
Chronicity	139.59 <sup>a</sup>	285.25 <sup>a, b</sup>	284.20 <sup>a, c</sup>	172.97 <sup>a, b, c</sup>	189.66***
Inconsistent	182.95 <sup>a</sup>	170.84 <sup>b</sup>	212.78 <sup>b</sup>	221.31 <sup>a, b</sup>	8.49*

Note. Superscript letters identify statistically significant associations in multiple comparisons.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

Logistic regression showed that among parents whose children had a normal SDQ score the perception of problems was best predicted by higher scores in peer relation problems and chronicity (Table 38).

### Parental perceptions: concerns and problems

Parental perceptions of problems were associated with behavioral ( $r_s = .25$ ,  $p < .001$ ) and social-affective concerns ( $r_s = .30$ ,  $p < .001$ ).

After collapsing parental perception of difficulties into a dichotomous variable and creating a single variable of parental concerns (i.e., parents concerns about behavior or social-affective), these variables were still associated: parents with concerns were more likely to perceive problems (Table 42). Examination of the cross-tabulation revealed that there was a discrepant group displaying an expressive percentage that corresponded to parents with concerns who did not recognize problems (28%).

**Table 42**

#### Agreement and discrepancies between parental concerns and perception of problems

Concerns	Perception of problems		$\chi^2$	OR (CI)
	No difficulties n (%)	Minor, definite or severe difficulties n (%)		
No	154 (41.1)	26 (6.9)	44.05***	5.08
Yes	105 (28)	90 (24)		[3.07, 8.39]

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

The subgroups resulting from cross-tabulation (negative agreement, negative discrepancy, positive agreement, positive discrepancy) had significant differences in symptomatology, social impairment, family burden, and chronicity (Table 43). Multiple comparisons using Mann-Whitney tests showed that parental concerns and perception of problems distinguished between different levels of severity and that parental perception of problems was associated with higher levels of severity than parental concerns.

**Table 43****Correlates of discrepancies between perception of problems and concerns**

	Parental perceptions				Kruskal-wallis test
	Negative agreement N = 154 Mean rank	Negative discrepancy N = 105 Mean rank	Positive agreement N = 90 Mean rank	Positive discrepancy N = 26 Mean rank	
Total difficulties	143.81 <sup>a</sup>	195.78 <sup>a, b</sup>	249.88 <sup>a, b, c</sup>	204.17 <sup>a, c</sup>	56.29***
Emotional	163.27 <sup>a</sup>	187.08 <sup>b</sup>	227.03 <sup>a, b</sup>	203.10	21.10***
Conduct problems	158.55 <sup>a</sup>	196.70 <sup>a, b</sup>	228.58 <sup>a, b</sup>	186.85	25.56***
Hyperactivity	158.54 <sup>a</sup>	187.13 <sup>a, b</sup>	233.51 <sup>a, b</sup>	208.48 <sup>a</sup>	28.64***
Peer problems	162.39 <sup>a</sup>	191.62 <sup>a, b</sup>	226.69 <sup>a, b</sup>	191.15	21.53***
Social impairment	169 <sup>a</sup>	170.67 <sup>b</sup>	233.99 <sup>a, b</sup>	211.35 <sup>a, b</sup>	90.54***
Family burden	154.50 <sup>a</sup>	163.07 <sup>a, b</sup>	270.08 <sup>a, b, c</sup>	202.96 <sup>a, b, c</sup>	163.26***
Chronicity	135.99 <sup>a</sup>	157.28 <sup>a, b</sup>	287.46 <sup>a, b</sup>	275.88 <sup>a, b</sup>	188.96***

Note. Superscript letters identify statistically significant associations in multiple comparisons.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$

## Discussion

This study examined the agreement and discrepancies between children's behavior problems and parental perceptions of problems and concerns regarding their children's behavior. Our findings suggest that parental concerns and perceptions of problems agree modestly with the intensity of children's symptomatology but, nevertheless, provide additional information regarding the subjective meaning of symptoms to parents. Furthermore, despite

the considerable agreement between concerns and perceptions of problems, these two dimensions of parental perceptions of children's emotional and behavioral functioning seem to express different kinds of needs.

The prevalence of behavioral and social-affective concerns observed here is similar to the one described by Ellingson et al. (Ellingson et al., 2004) but higher than that reported by Glascoe (Glascoe, 2002). The prevalence of perceptions of problems observed here was somewhat lower than that reported by Zwaanswijk et al. (Zwaanswijk et al., 2006) but higher than that reported by Teagle (Teagle, 2002). These inconsistencies most likely reflect age differences. The proportion of parents that reported concerns was higher than the proportion of parents perceiving problems, suggesting that parents distinguish between these forms of perceiving their children's behavior. Consistently, the main correlates of the report of concerns and problems revealed some differences.

Parental concerns and perceptions of problems were weakly to moderately correlated with symptomatology, family burden, social impact, problem duration, and discipline strategies. The perception of problems was predicted by emotional symptoms, impact and chronicity. In contrast, parental concerns were explained by a more diverse set of variables, including conduct problems, emotional symptoms, peer relation problems, impact, chronicity and inconsistent discipline strategies. The predictive value of impact and symptomatology for the perception of problems has been repeatedly described (Teagle, 2002), while effects reported for the type of psychopathology or the constellation of problem behaviors show mixed results (Teagle, 2002; Zwaanswijk et al., 2003). Consistent with previous studies, parents reporting more symptoms and greater impact were more likely to be concerned (Ellingson et al., 2004; Glascoe, 2001).

Overall, the report of concerns appeared to be triggered by variations in children's behaviors in different domains, while the report of problems was more domain-specific. This

difference in the types of problem behaviors that contributed to concerns and perceptions of problems may reflect an effect of parental expectations. Pavuluri, Luk, and McGee (1996) found that the parental beliefs that behavior problems would get better by themselves or that they (the parents) should be strong enough to handle problems constituted a barrier to help-seeking. These kinds of beliefs may lead parents to interpret externalizing behaviors as more normative and therefore not label them as problems. This effect may be smaller for reports of concerns.

The analysis of discrepancies between parental perceptions and problem behaviors showed some interesting trends. Regarding children with behaviors in the borderline or abnormal range, 28% of parents did not report concerns and 47.6% did not perceive problems. Previous studies reporting the discrepancy between children's deviant scores in behavior measures and parental perceptions indicated that parents have trouble in distinguishing normal from problematic behaviors (Ellingson et al., 2004; Teagle, 2002). Apparently, the report of problems is more sensitive to this difficulty than the report of concerns and parents may report concerns even when they consider their children behaviors are age typical. The analysis of discrepancies between parental concerns and perception of problems confirmed that parents do not report concerns and problems interchangeably. Instead, the perception of problems was associated with behaviors of greater severity than the report of concerns. As suggested by Arcia & Fernandez (2003) parental concerns and perceptions of problems may capture different stages in the process of problem recognition as well as different levels of impact of children's problem behaviors in everyday life.

The comparison of the subgroups resulting from cross-tabulation also revealed that parents of children with behaviors in the deviant range who were not concerned or who did not perceive problems reported fewer symptoms and lesser impairment and family burden. As hypothesized by Zwaanswijk et al. (2006), these parents with no concerns or perceptions

of problems may have children who function fairly well despite the severity of behaviors. This hypothesis should be further explored using different informants. The discrepancies between parental perceptions and children's behavior problems may have an important role regarding parental involvement in interventions and should be considered for clinical decisional making and for the design of interventions.

Regarding children with problem behaviors in the normal range, a considerable proportion of parents reported concerns (46.4%) or perceived problems (24.9%). Parents reporting more peer relation problems, conduct problems, chronicity, and inconsistent discipline strategies were more likely to be concerned. This finding may suggest a lower parental tolerance to normative behaviors along with a lower efficacy in managing them. Lampe, Karazsia, and Wildman (2009) found that parents with low tolerance for their child's behavior were at risk of having children with clinically significant behavior problems. Therefore, these parents may benefit from brief counseling on discipline strategies.

On the other hand, parental perceptions of problems in children in the normal range were only predicted by peer relation problems and chronicity. The different predictors found for inaccurate concerns and perceptions of problems may point to the underlying subjective meanings of these concepts, to distinct stages in problem acknowledgment or even to different trajectories of problems (i.e., normative versus early manifestations of future disorders). This possibility should be further explored.

This study has a number of limitations that should be considered. First, the modest sample size, the overrepresentation of urban settings, and the exclusive inclusion of children attending early child care limit the scope of our conclusions. The use of a screening questionnaire instead of a diagnostic interview precludes more definite conclusions regarding the role of problem severity. Moreover, data were only obtained from parental report. Lastly, data collection was cross-sectional, which precludes the understanding of the sequential relation-

ship between parental concerns, perception of problems, symptoms severity, and impact over time.

In recent years, several authors have pointed out the importance of taking a public health approach to children's mental health, covering the mental health spectrum of interventions and reaching broader proportions of the population (O'Connell et al., 2009; T. Taylor & Biglan, 1998). Consistently, current recommendations for the surveillance and screening of behavior problems indicate the need to incorporate the identification of normal variations as well as deviant behaviors (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001; American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993; O'Connell et al., 2009). In contrast, families have been allocated to interventions based on specific characteristics (e.g., the parents' income) or early signs of behavior problems identified through behavior evaluation tools. Regardless of the value of behavior questionnaires and diagnostic measures, this study showed that the intensity or frequency of children's behaviors may not capture the full spectrum of families' needs for intervention and that parental perceptions regarding their children's behavior may contribute important information.

Some authors suggested that parental perceptions regarding their children's behavior could constitute an obstacle to help seeking and to the identification of problems because parents may not consider their children's problematic behavior atypical (Ellingson et al., 2004; Teagle, 2002). Relying on parental concerns may help to overcome this barrier. Parental concerns identified 72% of children with borderline or abnormal behavior problems. Additionally, parental concerns identified a subgroup of parents of children with problem behaviors in the normal range that may be struggling with their children's normative challenging behaviors along with the parents' inability to effectively address misbehaviors. These data reinforce the idea that interventions should cover, with different levels of intensity, the par-

ents of children in the normative range who exhibit difficulties in managing their child's behavior and should not be restricted to children with behaviors in the deviant range. Use of parental perceptions of their children's behavior is mandatory to execute a family-centered approach and maximize the reach and adherence of families to prevention programs.





# The contributions of developmental screening to identifying and addressing different levels of family's needs: first data from the program "From little tiny..."

## Abstract

---

**Background:** To decrease the prevalence of developmental and behavioral problems, a comprehensive and integrated approach to child development and behavior is required. The program "From little tiny..." implemented a universal system of early detection and subsequent intervention in Portuguese child care education settings. We describe the results for the early detection component.

**Methods:** A total of 302 parents of children aged 2 to 6 years completed a developmental screening tool, a socio-demographic questionnaire and a questionnaire for socio-emotional screening. Further information was collected from parents when children showed high levels of risk.

**Results:** Approximately 64% of the children exhibited some level of risk. Of the 111 children with higher levels of risk, only 23% had already been diagnosed or were receiving intervention. Additionally, the information collected for 56 children displayed a diverse profile of needs, including parental education and counseling as well as referral. The need for information and counseling regarding behavioral and social-affective issues was observed throughout the entire sample.

**Conclusions:** Developmental screening using parental concerns could identify a diverse set of family's needs, which presents opportunities for a range of interventions that goes beyond specialized developmental or mental health services. Child care settings may provide an optimal additional channel for making developmental services more widely available.

**Keywords:** developmental screening, child care education, parental concerns

---

## Introduction

According to international estimates, approximately 20% of children experience some type of developmental or behavioral problem with a significant impact on the child's and the family's well-being (Briggs-Gowan, Carter, Skuban, & Horwitz, 2001; US Department of Health and Human Services, 1999). This "new morbidity" has drawn

attention to the need to improve the developmental and behavioral services provided to families (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001; American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993).

To decrease the prevalence of developmental and behavioral problems and their burden on families and society, a high proportion of the population should receive effective interventions according to needs. Despite the proven effectiveness of several interventions to prevent and treat developmental and behavioral problems (Barnett, 1995; Kaminski et al., 2008), their impact at the population level is limited because most families do not benefit from these interventions (Stewart-Brown & McMillan, 2010; T. Taylor & Biglan, 1998). Therefore, the need for a public health approach to child development and behavior has been repeatedly emphasized (Embry, 2004; T. Taylor & Biglan, 1998). According to this approach, all families should have access to a comprehensive and integrated system, including prevention, early detection, and treatment of behavioral and developmental problems (Hall & Elliman, 2006; O'Connell et al., 2009; US Department of Health and Human Services, 1999).

One requirement to improve the services provided to families is a better identification of their needs using an integrated approach to the early identification of problems and the subsequent provision of evidence-based intervention (Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne, 2002). In this regard, the periodic use of validated developmental screening tools to improve the rates of early detection has been recommended (Council on Children with Disabilities et al., 2006).

Although there are well-established screening tools, international data have indicated that they are not widely used (Sand et al., 2005). Time, funding, and training barriers contribute to this reality. On the other hand, the American Academy of Pediatrics

underscore the risk of relying on a pathology-based model for screening (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993). Although developmental screening is essential to improve early detection, improving the well-being of children and families demands an approach that additionally considers the normal variations in development and behavior to help parents address these variations (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001).

Collecting information from parents, in particular, regarding their concerns seems to be a particularly well-suited approach to overcoming the barriers and problems described above. Several studies have demonstrated that most parents can accurately report or judge their child's development and that parent-completed screening tools are appropriate for problem detection (Glascoe, 2002). Additionally, the use of information from parents facilitates the identification of family's needs for counseling and intervention even when children are developing within the normative range (Glascoe, 2001). Thus, there are several high-quality screening tools that rely on parental reports or appraisals (e.g., Ages & Stages Questionnaire; Parents' Evaluation of Developmental Status), and eliciting parental concerns is considered an important pre-requisite for developmental surveillance (Dworkin, 1993; Hagan et al., 2008). The *Parents' Evaluation of Developmental Status* (PEDS) formalizes parental concerns into a screening tool (Glascoe, 2002).

Several international efforts have been made to improve the delivery of developmental screening tools in primary-care settings (e.g., Assuring Better Child Health and Development Project [ABCD], Earls & Hay, 2006), in child care education services (e.g., a\_tempo, Sarmiento Campos, Squires, & Ponte, 2011) or intersectorially (e.g., Good Beginnings for Young Children and Families, Armstrong & Goldfeld, 2008).

These projects have achieved considerable improvements in the rate of early detection. In Portugal, the professional guidelines for well-child care also emphasize the early detection of child developmental and behavioral problems as a goal for each visit (Direcção-Geral da Saúde, 2005). However, there is no systematic and formal screening system in place.

The program “From little tiny...” (“De Pequenino...”) uses a universal approach to the development and behavior of young children (aged 2-5 years), including early detection methods and brief interventions that target different need levels. The program was designed to be offered in different settings in which parents regularly contact professionals who provide services to families, such as primary health care professionals or child care and education professionals. This study describes the program’s first trial, in which the early detection approach was used in a child care education setting to assess the feasibility and the added value of the approach. The approach, the workflow and the results are described.

## **Methods**

### **Participants**

This study enrolled seven early child care education facilities. All of the parents of the attending children aged 2-6 years were invited to participate ( $N = 580$ ). A total of 416 parents (72%) agreed to participate and received the Portuguese version of PEDS at home. A total of 305 questionnaires were returned (response rate: 53% of the eligible parents; 73% of the accepting parents). Three questionnaires were ineligible for analysis. Of the 302 children eligible for analysis, 50.3% were male (see Table 44 for the demographics). The children were aged 20 to 77 months ( $M = 45.60$ ,  $SD = 12.94$ ). The

majority were first born (61%). Most of the children lived in nuclear households (78.5%).

Most questionnaires were completed by mothers (75.4%), who were aged between 21 and 47 years ( $M = 35.31$ ,  $SD = 5.02$ ). The majority of the mothers had a high school (31%) or higher (55.5%) educational level, and most were employed (79.8%). The majority of the parents were married (51.7%) or cohabiting (30.9%).

**Table 44**

**Child and family demographic characteristics**

	Child		Mother		Father	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gender						
Boy	152	50.3				
Girl	150	49.7				
Household composition						
One parent	43	14.2				
Two parents	237	78.5				
Other (e.g., grandparents)	22	7.3				
Birth order						
First born	184	61.1				
Second or more	117	38.8				
Educational level						
<High school			41	13.6	54	18.3
High school			93	30.9	105	35.7
Bachelor's or higher			167	55.5	135	45.9
Marital Status						
Married			154	51.7		
Cohabiting			92	30.9		
Single			17	5.7		
Separated			22	7.4		
Divorced			10	3.4		
Other			3	1		
Employment status						

Employed	237	79.8	254	86.7
Uncertain job	8	2.7	15	5.1
Unemployed	34	11.4	22	7.5
Housewife	16	5.4	-	-
Retired	1	0.3	2	0.7

## Measures

**Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS).** PEDS is a broadband screening tool for developmental and behavioral problems in children from birth to age 8. It is a 10-item parent-completed questionnaire designed to systematically elicit parental concerns regarding development and behavior. Eight of the 10 items address discreet developmental domains: expressive language, receptive language, fine motor, gross motor, behavior, social-affective, self-help, and school. The remaining two questions provide opportunities to identify general concerns. The items are written for low literacy levels, which enables most parents to complete the tool independently (Glascoe, 2002).

Parental concerns are translated into pathways according to their predictive value for developmental and behavioral problems. That is: children who follow Path A (two or more predictive concerns) have a high risk of developmental problems. Children who follow Path B (one predictive concern) have a moderate risk of developmental problems. Children who follow Path C (one or more non-predictive concerns) have a low risk of developmental disabilities but an elevated risk of behavioral problems. Children who follow Path D (no concerns; however, the parents have communication difficulties or low literacy levels) are considered to be at moderate risk. Finally, children who follow Path E (no concerns) have a low risk of developmental and behavioral problems (Glascoe, 2000).

The original studies on PEDS demonstrated that it is as accurate as other well-validated screening tests (Glascoe, 1997). PEDS has the advantage of requiring little

time and no specialized equipment as well as investing strongly in parental involvement (Christophersen, 2002; Glascoe, 1999).

PEDS was translated to Portuguese and trialed with Portuguese parents. It proved to be acceptable and easy to use by parents (Goes & Barros, 2011). Validation studies revealed appropriate psychometric properties (unpublished data).

**Socio-Demographic Questionnaire.** Background information on the child (gender, age, birth order, health status, previous inclusion on special educational needs, previous diagnosis of a developmental delay, and current support from specialized services) and the parents (marital status, age, educational level, employment status, household circumstances, and the number of children in the home) was collected using a general questionnaire.

**Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).** The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a brief behavioral screening questionnaire for children aged 3 to 16 years. It covers a broad range of behavioral aspects (Goodman, 1997). The SDQ includes 25 core items on psychological attributes, which are rated using a three-point scale (not true, somewhat true, and certainly true). These items are organized in five scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems, and prosocial behavior. The first four scales generate a total difficulties score. Each score may be classified as normal, borderline or abnormal according to the percentile (Goodman, 2001).

SDQ's original version of the was studied with a sample of British 5-to-15-year-old children and adolescents. The questionnaire demonstrated appropriate psychometric properties and convergent validity against a psychiatric diagnostic (Goodman, 2001).

Several studies examined the properties of the Portuguese SDQ and achieved similar results (Marzocchi et al., 2004). For the present sample, the reliability of the SDQ scores was comparable with other studies: the Chronbach's alpha for the total difficulties score was .76

**Brief interview.** We used a semi-structured interview in order to investigate parental concerns. The interview followed the recommendations of the American Academy of Pediatrics on the identification of developmental and behavioral problems in primary-care (Council on Children with Disabilities et al., 2006; Foy, 2010). Additionally, recommendations by Glascoe (2002) were considered.

The interview commenced with a brief introduction that explained the interview's aims to the parents. Afterward, for each concern expressed on PEDS, the parents were asked to provide further information on the problem: a brief description, the frequency, the intensity, and the duration, the impact on the children and the family, previous attempts to address the problem, and relevant life events. For each domain of concern, the interviewer checked for the presence of red flags for developmental or behavioral problems, according to common proposals for child development surveillance (Easton et al., 2009). At the interview's end, the parents were asked whether they had any further concerns.

During the interview, the PEDS: Developmental Milestones (PEDS: DM) Assessment Level was administered by parent-report (Glascoe & Robertshaw, 2008). This tool is the extended version of PEDS:DM, which is a brief, age-specific, milestones-based screening tool. PEDS:DM includes developmental milestones across several domains with cutoffs chosen to detect developmental delay. The Assessment Level presents items as a continuous set of tasks across domains, tapping different developmental

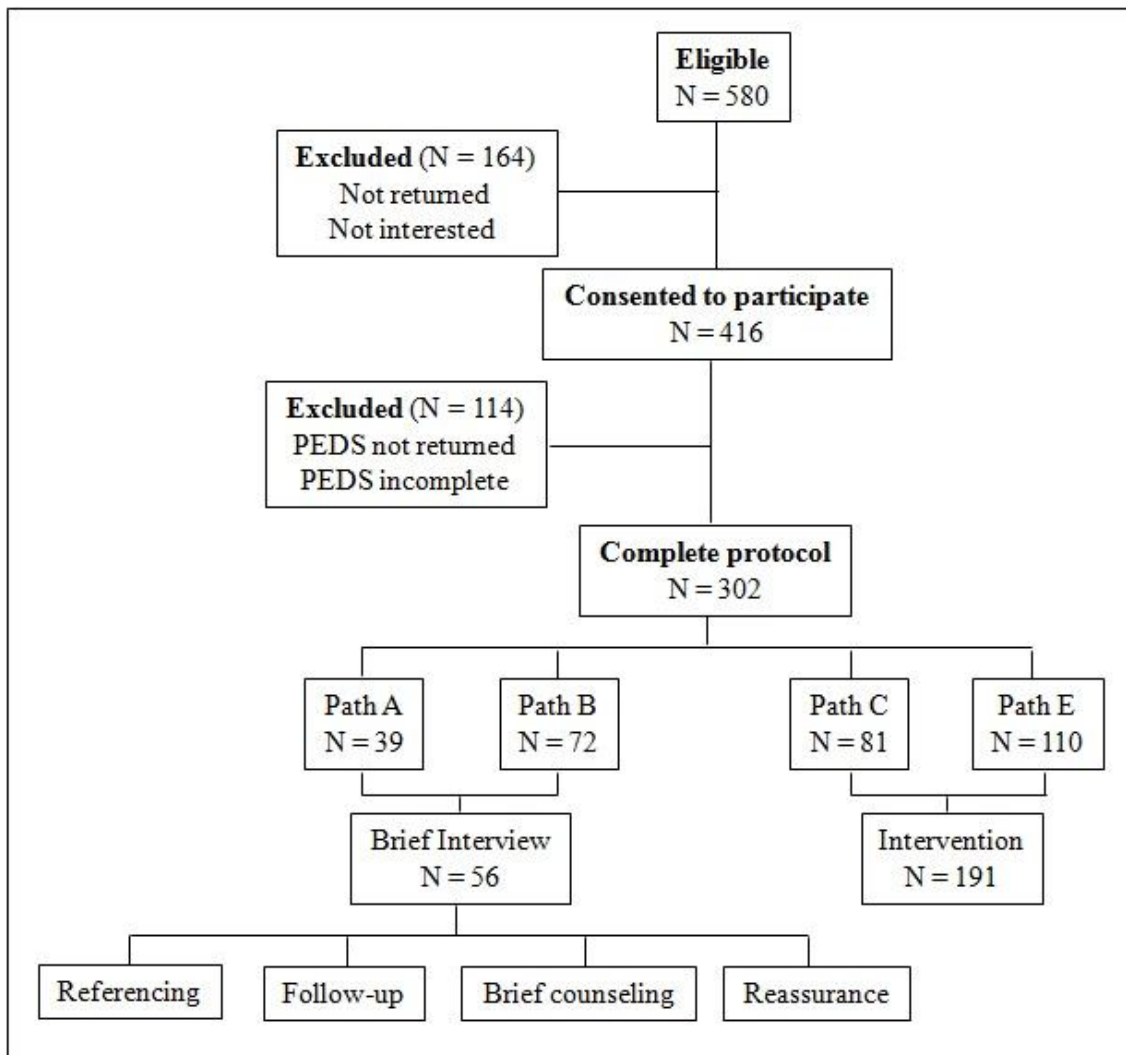


levels. The results may be translated into age-equivalent scores, percentage of delay, and percentage of skills mastered. In this study, the PEDS:DM Assessment Level was only used to provide a profile of strengths and difficulties. Quantitative scores were not computed given that the trial of the Portuguese version of PEDS:DM revealed a substantially different distribution of children's performance, which requires further validation studies.

### **Early Detection Protocol**

The program includes a two-stage approach for early detection (Figure 3). First, participating parents completed a brief formal screening tool, PEDS. After coding, the results were classified according to the levels of risk proposed by Glascoe (2002). When children were classified on Paths A or B, further information was collected from the parents by interview.

All of the parents received appropriate information regarding their child's developmental status. For children on Paths C and E, the information was based solely on PEDS. For children on Paths A and B, the information was based on PEDS and on a brief interview with the parents. Parents received anticipatory guidance, brief counseling, or a recommendation for referral or follow-up according to the identified needs.



**Figure 3.** Flowchart of early detection

## Procedures

Personal contacts were established with the directors of early child care centers, and permission was requested to present the study to parents. The parents of all of the children aged 2 to 6 years who were attending the participating day care centers were invited to participate. The subjects were informed regarding the study by day care personnel or by the researcher and received a letter that contained an informed consent form and information on the study and its aims. After returning the informed consent, the parents received the study package including the screening questionnaire. All of the questionnaires were returned by the parents to the child's teacher in sealed envelopes.

The parents received feedback information from the screening procedure. When children were classified on Paths C or E, the parents received descriptive information regarding the results and were allocated to the program interventions. When children were classified on Paths A or B, the parents were asked to participate in an interview with a clinical psychologist to collect further information. Then, one of the following measures was selected: reassurance and anticipatory guidance; brief counseling; brief counseling and criteria for seeking further support; or recommending a referral.

Parents from three child care education facilities received the early detection protocol at one time. The remaining parents were assigned to a waiting list and received the second stage of the early detection protocol later (Figure 1).

## **Analysis**

Descriptives were computed for the types of parental concerns and risk level. Cross-tabulation was used to describe the proportion of children in each path who were previously identified as having special education needs or a developmental problem, were already receiving professional support, and had SDQ scores in the borderline or abnormal range. Content analysis was used to make further categorization of parental concerns within each broader domain.

## **Results**

Most parents reported at least one concern (63.6%). Parental concerns in the domains of behavior, social-affective and expressive language were the most frequent. A total of 63.6% of the children were classified on paths that suggested a certain level of risk: 12.9% on Path A (high risk), 23.8% on Path B (moderate risk), and 26.8% on Path C (moderate risk for behavioral problems). For Paths A and B, language concerns

were the most frequent predictive concerns. Non-predictive concerns regarding behavior and social-affective domains were highly prevalent across different levels of risk (Table 45).

**Table 45****Parental concerns and risk paths**

	<b>Total</b>		<b>Path A</b>		<b>Path B</b>		<b>Path C</b>	
	<b>N = 302</b>		<b>N = 39</b>		<b>N = 72</b>		<b>N = 81</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Global</b>	5	1.7	5	12.8	-	-	-	-
<b>Expressive Language</b>	76	25.2	34	87.2	42	58.3	-	-
<b>Receptive Language</b>	40	13.2	31	79.5	9	12.5	-	-
<b>Fine Motor</b>	12	4.0	7	17.9	3	4.2	2	2.5
<b>Gross Motor</b>	16	5.3	12	30.8	3	4.2	1	1.2
<b>Behavior</b>	121	39.9	28	71.8	35	48.6	58	71.6
<b>Social-Affective</b>	89	29.4	21	53.8	29	40.3	39	48.1
<b>Self-Help</b>	32	10.6	14	35.9	12	16.7	6	7.4
<b>School</b>	26	8.6	12	30.8	9	12.5	5	6.2
<b>Other</b>	23	7.6	9	23.1	14	19.4	-	-

Only a small proportion of the children had been previously diagnosed with a developmental delay (5.7%) or included in special education services (3.3%), and most of these were categorized as Path A (Table 46). Similarly, the proportion of children who were receiving professional support was extremely modest (7.7%), and no children on Path C were receiving intervention. The proportion of children with a total SDQ score in the borderline or abnormal range was considerable for children with moderate to high levels of risk. However, this proportion was considerably lower than the proportion of parents who reported behavioral or social-affective concerns.

**Table 46****Distribution of risk factors according to the risk path**

	<b>Total</b>		<b>Path A</b>		<b>Path B</b>		<b>Path C</b>		<b>Path E</b>	
	<b>N = 302<sup>1</sup></b>		<b>N = 39<sup>1</sup></b>		<b>N = 72<sup>1</sup></b>		<b>N = 81<sup>1</sup></b>		<b>N = 110<sup>1</sup></b>	
	<b>(N = 222)</b>		<b>(N = 33)</b>		<b>(N = 56)</b>		<b>(N = 61)</b>		<b>(N = 72)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Developmental delay</b>	17	5.7	13	33.3	3	4.2	0	0	1	0.9
<b>Special education needs</b>	10	3.3	7	18.4	0	0	2	2.5	1	0.9
<b>Professional help</b>	23	7.7	12	33.3	9	12.5	0	0	1	0.9
<b>SDQ borderline or abnormal</b>	46	20.7	13	36.4	15	26.8	13	21.3	6	8.3

<sup>1</sup> The sample with an SDQ score did not include children younger than 3 years. Values in brackets correspond to the dimension of the sample with an SDQ score.

From the children classified on Paths A or B, only 56 parents were interviewed. A total of 26 children were previously diagnosed or receiving intervention. Four parents reported predictive concerns but mentioned that the problem had already been evaluated. Five parents were not available for the interview (not interested or unreachable). The remaining 19 parents were not interviewed because the agenda available for the interviews was incompatible with their availability or child care facility's organization.

Table 47 summarizes the outcomes of the parent interviews. Fourteen parents had unrealistic expectations regarding their child's development, or their concerns were normative (e.g., stuttering and common articulation difficulties). These parents received reassurance and anticipatory guidance or brief counseling. In two cases, parental concerns were reclassified under behavior concerns (e.g., receptive language concerns were reclassified as expressions of difficulties in managing child behavior). These parents were provided with brief counseling. Nine parents had concerns regarding sleep, which are always considered to be predictive.

Ten children were considered to be in the lower bound of normal development, and their parents received brief counseling with a special emphasis on red flags and a

timeline for requesting further support. We identified red flags in seven children and recommended referral for diagnostic evaluation ( $n = 3$ ), speech-language services ( $n = 2$ ), mental health services ( $n = 1$ ), and social services ( $n = 1$ ). Eight children displayed red flags but with associated life events (e.g., recent immigration to Portugal or recent resolution of hearing problems) or the parents did not recognize the problem. In these cases, the parents received brief counseling with a strong emphasis on red flags and the need to request further support if the problem persisted after a given time. Regarding all of these situations, close surveillance by child care professionals was recommended. Finally, six children had been diagnosed or started intervention between the beginning of the early detection process and the interview.

During the interviews, parents received counseling regarding predictive concerns and non-predictive concerns (e.g., tantrums, opposition, separation anxiety, social inhibition, and toilet learning).

**Table 47****Information and decisions following the interviews with parents**

Information	Decision					
	Total N = 56	Reassurance N = 3	Counseling N = 27	Counseling + N = 18	Referral N = 7	None N = 1
Normative	14	3	11			
Reclassification	2		1	1		
Sleep	9		9			
Grey area	10		1	9		
Red signs	7				7	
Life events	8			8		
Diagnosed	6		5			1

Regarding children classified on Path C, parents reported a diverse set of concerns, including cooperation problems, inattention and/or hyperactivity, behavioral hab-

its (e.g., thumb sucking), social inhibition, anxiety and fears, and toilet learning. These parents received written materials that addressed their concerns.

## Discussion

The implementation of developmental screening in a Portuguese child care education setting was demonstrated to be a promising approach. PEDS identified different levels of need, whereby parents could receive anticipatory guidance, brief counseling or referrals. This study found that approximately 64% of children who were attending child care education had some level of risk for developmental and behavioral problems.

Regarding children at higher risk, only a small proportion was already receiving professional assistance. Considering international estimates regarding the prevalence of developmental problems, the proportion of children in this sample who had been previously diagnosed with a developmental delay is low. Furthermore, this study was performed in child care settings in which child's development is routinely observed. Therefore, it is expected that the overall proportion of children diagnosed with a developmental problem in a more general community setting would be lower. Additionally, within the group at higher risk, several types of need were identified. Child care may provide an optimal setting for maintaining developmental surveillance when immediate referral is not the best solution.

A considerable proportion of the parents reported behavioral or social-affective concerns. In addition, several parents expressed concerns that displayed unrealistic expectations regarding child development. Others expressed social-affective or behavioral concerns although their children's behaviors were within the normal range. These data reinforce the need to make evidence-based information and effective parenting strategies more widely available to parents. Several international surveys have demonstrated

that parents have unmet needs for information and counseling regarding their children's development and behavior (Young et al., 1998). In fact, no parent with non-predictive concerns none was receiving professional support. The slightly higher proportion of parents with non-predictive concerns that we found, compared with the US results (Glascoe, 2002), may indicate a shortage of parenting interventions in Portugal. Several authors have emphasized the need to maximize the opportunities and channels through which anticipatory guidance and counseling is provided to parents to promote child development and prevent future difficulties (T. Taylor & Biglan, 1998). Child care education settings may contribute to resolving this challenge.

Child care professionals are accustomed to performing periodic observations of children's development. Additionally, they have regular contact with families and are among the primary sources of support on which parents rely. Moreover, several child care facilities already provide developmental services in the form of parenting education. Therefore, the use of a systematic approach to early detection in educational settings may contribute to improving the detection rates and the provision of support according to family's needs. The use of PEDS requires no special equipment and no extensive training and thus could be easily adopted in educational settings. In fact, previous efforts in Australia and Galicia, Spain, demonstrated that this adoption was a feasible approach to early detection and could facilitate the relationship between parents and professionals (Armstrong & Goldfeld, 2008; Sarmiento Campos et al., 2011).

This first trial of the early detection approach of the program "From little tiny..." had several limitations. To begin, there were several threats to the study's external validity. The high attrition rate, the sample composed exclusively of parents of children who attended child care education in urban areas, and the high educational level of the participating parents limit the conclusions that can be drawn. In addition, difficulties



in collecting additional information from the parents of children at high risk precluded the comparison between the group that received the information immediately and the wait-list group regarding referrals.

Regarding the approach in itself, it would be of major importance to include a brief second-level screening tool to make the classification of risk more sensitive and specific. In addition, for children classified on Paths A or B, a more detailed second-level screening would make the referral decisions easier and the delivery of information to parents more systematic. However, our attempts to validate the Portuguese version of such a screening tool (i.e., Parents' Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones [PEDS:DM]) revealed a substantially different pattern of results compared with the original studies. Furthermore, there are no official normative data for the Portuguese population for any of the most widely used developmental evaluation tools (e.g., the Vineland Adaptive Behavior Scales, the Bailey Scales of Infant Development, and the Griffiths Scales of Mental Development).

Despite these limitations, this study provides further support for the need to improve the early detection of developmental and behavior problems and parenting support. In Portugal, the guidelines for the provision of well-child care include recommendations for early detection. However, there is no universal screening system. The use of PEDS not only enabled the detection of children at higher risk but also the identification of a diverse set of family's needs with respect to information and counseling. A population approach should cover all of these dimensions. In Portugal, most children attend child care education, which makes this setting well-suited for providing developmental services to families. Training professionals and establishing formal collaborations with other sectors should be the next steps to continue the development and evaluation of an integrated system of early detection and intervention.



# CAPÍTULO VII

## **Avaliação do Processo e Impacto do Programa “De Pequenino...”**

Neste capítulo são descritos os resultados da avaliação do processo e do impacto do programa desenvolvido.



# Making parenting interventions widely available: the program “From little tiny...”

## Abstract

---

**Background:** The rising incidence of developmental and behavioral problems during early childhood calls for a public health approach that includes early detection and universal prevention initiatives. This work presents the first pilot of the Portuguese program titled “From little tiny...”. The program includes a screening process and an intervention using written materials in child care settings. This study examines the feasibility of using the program in nonclinical settings and its impact on parents’ and children’s outcomes.

**Methods:** The study used a quasi-experimental design with two conditions (intervention and wait list) and two time points. Pre-intervention, 163 participants were allocated to the intervention group and 139 to the wait list condition. The impact of the program on children’s outcomes and parental behaviors was examined.

**Results:** A high proportion of parents from the intervention group (55%) requested support. At post-intervention, parents from the intervention group had higher scores on parental involvement and encouragement than parents from the wait list group. Additionally, paired tests revealed an improvement in parental discipline strategies among parents from the intervention group.

**Conclusions:** A comprehensive, universal approach to child development and behavior allowed parents to receive evidence-based information according to their needs. Providing written materials in nonclinical settings may be an accessible and low-cost way to make parenting interventions more widely available.

**Key-words:** child development, behavior, parenting, universal intervention

---

## Introduction

Developmental and behavioral problems are common during early childhood and may interfere severely with the child’s and family’s wellbeing (Briggs-Gowan et al., 2001; US Department of Health and Human Services, 1999). During this period, parents strongly influence children’s development and adjustment (Shonkoff & Phillips,

2000). The rising incidence of these early childhood problems demonstrates the need to support child-rearing (American Academy of Pediatrics, 2003).

Parenting interventions have repeatedly demonstrated efficacy in treating and preventing childhood behavioral and developmental problems (Moran et al., 2004). Despite this evidence, only a small proportion of parents benefit from parenting interventions (Stewart-Brown & McMillan, 2010). Empirically supported interventions have not been adopted as standard practice (T. Taylor & Biglan, 1998). Furthermore, traditional parenting interventions are resource intensive and therefore are not widely available (Cunningham et al., 1995).

Families' needs for intervention are not being met effectively. On the one hand, a high proportion of parents of children with behavioral problems do not receive intervention because it is not available, because their needs are not identified or because they face barriers to participation (Dumka & Garza, 1997; Spoth & Redmond, 2000). On the other hand, a sizable percentage of parents of normally developing children report unmet needs for information and counseling (Jellinek et al., 1999; Young et al., 1998). In contrast, most parenting interventions have been studied with parents of children with psychosocial risk factors or behavioral problems at the subclinical or clinical level (Stewart-Brown & McMillan, 2010).

Taylor and Biglan (1998) suggested that there are two major steps in widening the reach of interventions: to improve the methods of identifying and recruiting families to interventions and to diversify the channels through which to affect family functioning. One recommended way to improve the identification of families' needs is the use of assessments of parental concerns (Council on Children with Disabilities et al., 2006), which provide accurate judgments of child development (Glascoe, 1997).

It is important to take a public health approach and go beyond clinical interventions to broaden the reach of parental interventions (Embry, 2004; T. Taylor & Biglan, 1998). All families, rather than only those who are most in need, should have access to interventions to improve their parenting (O’Connell et al., 2009; US Department of Health and Human Services, 1999). To increase the availability of interventions, it is important to develop less demanding forms of intervention, that can reach parents with evidence-based parenting information and strategies (M. O’Brien & Daley, 2011). International data has demonstrated that parents prefer less intensive, self-administered intervention formats (Metzler et al., 2012).

Providing written materials for parenting interventions is becoming more common, with promising results (Elgar & McGrath, 2003; M. O’Brien & Daley, 2011). However, some of these interventions are organized in the form of bibliotherapy, targeting parents of children with subclinical or clinical levels of behavioral problems. Such interventions have a high degree of intensity and do not reach the majority of parents in population.

Alternatively, written materials have been used to provide or reinforce anticipatory guidance or brief counseling to parents. Providing written information in the form of pamphlets, leaflets or handouts is a common practice in health care settings (Parrott & Glascoe, 2004). Several studies reported benefits from providing *age-paced newsletters* to parents during the early childhood years (Cudaback et al., 1985; Waterston et al., 2009). There is some evidence that written materials are successful in improving children’s sleep patterns (Adair et al., 1992) and in increasing the use of time-out (Sege et al., 1997). Recent programs providing anticipatory guidance and counseling to parents within primary care settings included a diverse set of written materials (e.g., Healthy Steps for Young Children Program, Minkovitz et al., 2007; Connected Kids, Sege et al.,

2005). Although these programs have received empirical support, it is not possible to tease out the specific impact of written materials as parents also received intervention from health professionals during the visits.

The program “From little tiny...” proposed a universal approach to providing early detection and parenting interventions to families of young children (2-6 years old). We intended to develop and test an approach that could be used by health care or child care education professionals with minimal training. The program aimed to improve the early detection of developmental and behavioral problems, increase the use of effective parenting practices, and reduce the use of ineffective parenting practices. The long term goal was to improve child development and behavior. The pilot study presented in this paper examines the feasibility of using the program in a nonclinical setting and assesses its impact on parents’ and children’s outcomes. Data on parental satisfaction with the program are also provided.

## **Methods**

### **Study Design**

This study followed a non-randomized comparative design with two conditions (intervention and wait list) and two time points (pre and post intervention). Randomization within each child care facility was not possible given the high contact and support networks between parents and the associated risk for contamination.

### **Participants**

Out of the 580 parents eligible for participation, 416 expressed interest (72%) and 302 returned the pre-intervention package (response rate: 52% of the eligible par-



ents; 73% of the accepting parents). Of the participating parents, 163 parents were assigned to the intervention group and 139 to the wait list condition (Figure 4).

Children ranged in age from 20 to 77 months ( $M = 45.60$ ,  $SD = 12.94$ ), and 50.3% were male. The majority of them were first-born (61%). Most children lived in nuclear households (78.5%). Most questionnaires were completed by mothers (75.4%), aged between 21 and 47 years ( $M = 35.31$ ,  $SD = 5.02$ ). The majority of mothers had a high school (31%) or higher (55.5%) educational level. Most of them were employed (79.8%). The majority of parents were married or cohabiting (82.6%). At baseline, there were no significant differences between the intervention and wait list groups regarding socio-demographic characteristics (see Table 48 for demographics). In addition, there were no significant differences between the groups in most outcome variables at pre-intervention. However, there was a higher proportion of parents reporting behavioral concerns in the wait list condition (22.8%) than in the intervention condition (17.2%),  $\chi^2(1, N = 302) = 9.83, p = .002$ .

**Table 48**

**Socio-demographic characteristics at pre-intervention by group**

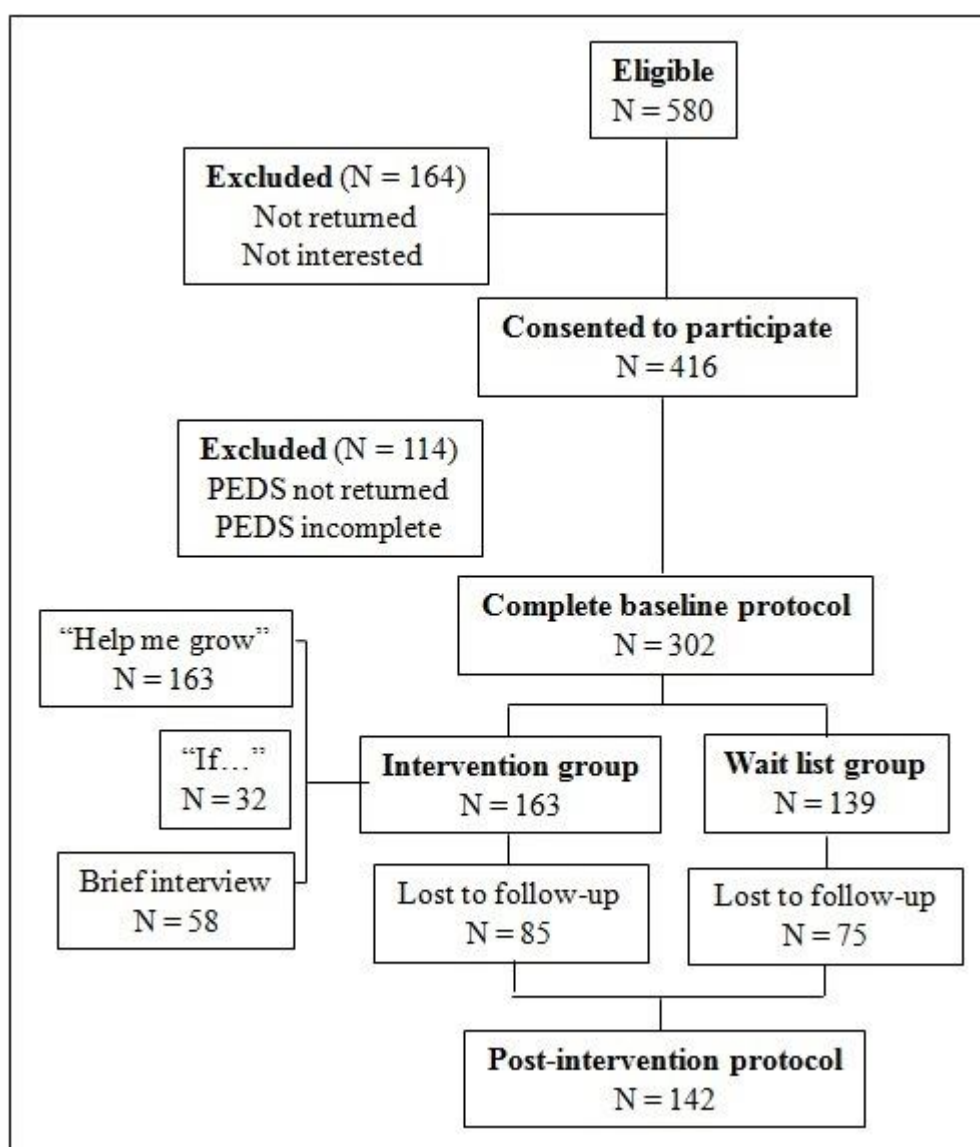
	Intervention group (N = 163)		Wait list group (N = 139)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Child gender				
Girls	81	49.7	69	49.6
Boys	82	50.3	70	50.4
Birth order				
First born	101	62.0	82	59.0
Second or more	62	38.0	55	39.6
Household composition				
One parent	21	12.9	21	15.1
Two parents	128	78.5	109	78.4

Other (e.g., grandparents)	14	8.6	8	5.8
Marital status				
Married or cohabiting	134	83.2	112	82.4
Single	7	4.4	10	7.4
Separated or divorced	19	11.8	12	8.8
Other	1	0.6	2	1.5
Mother's education				
<High school	22	13.5	19	13.9
High school	52	31.9	41	29.9
Bachelor's or higher	89	54.6	77	56.2
Mother's employment status				
Employed	129	80.1	108	80
Uncertain job	5	3.1	2	1.5
Unemployed	16	9.9	19	14.1
Housewife or retired	11	6.8	6	4.4

## Procedures

Personal contacts were made with directors of child care centers, asking for collaboration. The parents of all children from 2 to 6 years of age attending collaborating day care centers were invited to participate by day care personnel or by the researcher, and these parents received a letter containing information about the study and the informed consent form.

After returning the informed consent, parents received the pre-intervention package, including the screening questionnaire. All questionnaires were returned to the child's teacher in sealed envelopes. The parents in the wait list group received the intervention materials after the post-intervention assessment. The parents in the intervention group received feedback information from the screening procedure and the intervention materials. Sixteen weeks after filling out the baseline questionnaires, the parents received the post-intervention package. There was no financial reimbursement or other material incentive for participation.



**Figure 4.** Study design

## Measures

**Parents’ Evaluation of Developmental Status (PEDS).** PEDS is a broadband screening tool for developmental and behavioral problems in children from birth to age 8. It is a 10-item questionnaire, completed by parents, designed to elicit parental concerns about their child’s development and behavior in multiple domains. Items are written for low literacy levels, enabling most parents to complete this tool independently (Glascoe, 2002).

Parental concerns are translated into pathways according to their predictive value for developmental and behavioral problems: children who follow Path A have a high risk for developmental problems; children who follow Path B have a moderate risk for developmental problems; children who follow Path C have a low risk for developmental disabilities but an elevated risk for behavioral problems; children who follow Path D (no concerns but parents have communication difficulties or low literacy levels) are considered to be at moderate risk; and children who follow Path E (no concerns) have a low risk for developmental and behavioral problems (Glascoe, 2000).

The original studies on PEDS showed that it is as accurate as other well-validated screening tests (Glascoe, 1997). PEDS was translated into Portuguese and demonstrated acceptable clarity and ease of use with Portuguese parents (Goes & Barros, 2011). Validation studies revealed appropriate psychometric properties (unpublished data).

**Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).** The SDQ is a brief behavioral screening questionnaire for children aged 3 to 16 years old that covers a broad range of behavioral aspects (Goodman, 1997). The SDQ includes 25 core items on psychological attributes and an impact supplement. These items are organized into five scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems, and prosocial behavior. The first four scales generate a total difficulties score. Each score may be classified as normal, borderline or abnormal according to the percentile (Goodman, 2001).

The original version of the SDQ was studied with a nationwide sample of British 5-to-15-year-old children and adolescents; this investigation found that the SDQ exhibited appropriate psychometric properties and convergent validity against a psychiatric

diagnostic (Goodman, 2001). The SDQ has been empirically validated in Portuguese samples (Marzocchi et al., 2004).

**Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ).** The PBAQ was developed to inform the construction of the program “From little tiny...” and to evaluate its impact. The questionnaire was designed to reflect a range of parental behaviors, including parent-child activities, strategies to encourage appropriate behaviors, and effective and ineffective strategies to address misbehavior. The questionnaire was also designed to be concise. The items were derived from research about parenting and parenting interventions, recommendations for the promotion of child development and behavioral adjustment, and several existing questionnaires.

The questionnaire was studied with 451 parents using factor analysis. For the items on parent-child activities, one factor was extracted (involvement). An item on reading aloud to children showed a low loading on the factor and was not included, but it was kept in the questionnaire because promoting that activity was part of the intervention. For the items on discipline strategies, four factors were extracted: encouragement (e.g., praising, giving a privilege), inconsistency (ignoring, threatening), limit-setting (e.g., sending to time-out, taking privileges away), and harsh discipline (e.g., shouting, giving a slap). Cronbach’s alpha coefficient ranged from .5 to .6.

**Parents’ Satisfaction with Intervention Questionnaire (PSIQ).** The PSIQ addresses the quality and usefulness of the materials provided, the extent to which parents read the materials, how well the materials provided relevant information to parents, and parental perception of the impact of the materials on their behavior. For the parents who

received additional materials based on their concerns, the questionnaire included a supplement.

**Socio-Demographic Questionnaire.** This questionnaire asked for background information on children and parents, including child’s gender, age, birth order, health status, previous special educational needs, previous diagnosis of a developmental delay, and current support from specialized services. Items relating to the family asked about parents’ marital status, age, educational level, employment status, household situation, and number of children in the home.

### **Intervention**

Parental concerns raised through PEDS were addressed according to the risk level. Parents of children on Path E received descriptive information regarding the screening results and the newsletters “Help me grow”. For children on Path C, parents also received a brochure titled “If...”, specific to their concerns. All parents of children on Paths A or B were called to participate in an interview with a clinical psychologist to collect further information and to decide whether to provide counseling or to make a referral.

The development of the materials was based on the available evidence on parenting interventions, focusing on specific parenting practices and practical tips (Moran et al., 2004), and the findings of a previous study on Portuguese parents’ concerns (Goes, Cortes, & Barros, 2010). The materials were developed using current recommendations for the production of print materials (DeWalt et al., 2010; Doak et al., 1996). The content of the materials was reviewed by clinical psychologists and parents

of young children prior to use. The delivery process was piloted to test the feasibility of using PEDS to select the materials.

**Parenting newsletters.** All participating parents received a 4-page parenting newsletter once a month for a three-month period. The newsletter, titled “Help me grow”, was designed to provide information to parents on a variety of practices and strategies known to influence children’s development and adjustment: providing a positive learning environment, including warmth, structure, and appropriate opportunities to learn and explore; providing healthy sleep habits and routines; and using effective discipline strategies.

The three monthly newsletters had similar organization and included four sections: (1) The four Rs: Relationship, Routines, Rules, and Rewards; (2) Development, toys, and activities; (3) Special topic; (4) What challenges do I bring to you? The newsletters discussed the importance of the four Rs, developmental milestones and appropriate toys and activities for each developmental period, and common parental concerns. The special topic section was designed to discuss one topic of clinical and scientific relevance for child development: promotion of early literacy; healthy sleep patterns, habits, and routines; or common behavior problems and behavior management strategies. The program phone and e-mail were included. Along with each newsletter, parents received the “Challenge of the month”, emphasizing the core message of each newsletter: play with me and tell me a story everyday; establish a bedtime routine; give me positive attention and praise.

**Brochures on specific topics.** Parents of children following path C also received brochures titled “If...” designed to address their concerns. These brochures were

developed to provide information on a diverse set of common concerns, including toilet learning difficulties, temper tantrums, aggression, shyness, fears, separation anxiety, sleep problems, etc. There were 14 brochures. All followed the same organizational layout: (1) The problem; (2) What can parents do to help?; (3) Red flags.

Parents reporting behavioral concerns also received “week cards” that challenged parents to try one strategy each week: child-led play; child-led play and positive comments; praise; encouragement; routines; rules; limit-setting and commands; follow-through with commands; distraction; ignoring; time-out; and consequences. These strategies were organized in three steps: giving positive attention; providing structure; and dealing with misbehavior.

## **Analysis**

Given that the measures of children’s behavior and parenting had skewed distributions, non-parametric tests were used for the comparative analyses.

The equivalency of the groups at baseline was analyzed using Chi-square and Mann-Whitney tests. Similarly, differences between those who returned the post-assessment and those who were lost to follow-up were calculated using Chi-Square and Mann-Whitney tests.

Two-tailed Mann-Whitney tests and Chi-square tests were conducted to compare the intervention and wait list groups at pre and post-intervention. Within-group effects from pre-intervention to post-intervention assessments were explored using Wilcoxon tests and McNemar’s tests for each group.

The analyses of parental satisfaction with the intervention and perception of impact were performed using descriptive statistics.



The analyses were conducted using PASW Statistics 18 for Windows. The significance level was set at  $p < .05$ .

## Results

### Early Detection and Intervention Needs

At baseline, 192 children were classified on Paths A, B or C, of whom 90 in the intervention group and 102 were in the wait list group. Parents of all children from the intervention group received the “Help me grow” newsletters. Thirty-two parents also received a brochure titled “If...”, and 58 were invited for an interview, receiving reassurance, brief counseling or a recommendation for referral (Figure 4).

### Attrition and Equivalency of Groups

Given budgetary and logistic constraints, it was not possible to implement typical strategies to minimize participant attrition. The research team did not have regular contact with the parents, and therefore the strategies for returning the study protocols depended on the child care teachers’ initiatives. As a consequence of this arrangement, the retention rate was quite low (47%). At post-intervention, there were 78 parents in the intervention group and 64 in the wait list condition.

At baseline, there were no significant differences in socio-demographic variables between the parents who returned the post-intervention assessment and those who did not. There were no significant differences between the groups in most outcome variables at pre-intervention. However, the parents that did not return the post-intervention package reported a higher proportion of receptive language,  $\chi^2(1, N = 302) = 11.13, p = .001$ , fine motor,  $\chi^2(1, N = 302) = 4.62, p = .032$ , and school concerns,  $\chi^2(1, N = 302) = 6.55, p = .011$ .

For the parents who returned the complete assessment protocols at pre- and post-intervention ( $N = 142$ ), there were no significant differences in socio-demographic characteristics between the intervention group and the wait list group. At baseline, there were no significant differences between the groups in respect to the child behavior and parenting scales. However, there were some differences regarding specific strategies: parents from the intervention group reported playing with their children,  $U = 1765$ ,  $p = .001$ , and using privileges,  $U = 2054$ ,  $p = .046$ , more frequently than parents from the wait list group. Parents from the wait list condition reported more behavioral concerns (57.8%) than parents from the intervention condition (29.48%),  $\chi^2(1, N = 142) = 11.56$ ,  $p = .001$ .

### **Intervention effects**

At post-intervention, parents from the wait list group still reported more behavioral concerns than parents from the intervention group, but the difference was no longer significant,  $\chi^2(1, N = 142) = 2.312$ ,  $p = .128$ . McNemar tests revealed no significant differences in parental concerns from pre- to post-intervention in the intervention group, but there was a slight decrease in expressive language concerns,  $p = .057$  and in social-affective concerns,  $p = .064$ . In the wait list group, there was a decrease in behavioral concerns,  $p = .026$ .

Children's behavior problems (SDQ) did not differ significantly between the intervention and the wait list group at pre-intervention and at post-intervention. Paired Wilcoxon tests revealed significant differences from pre-intervention to post-intervention in the wait list and intervention groups, indicating improvements in both and not an intervention effect.

Regarding parental behaviors, at post-intervention, intervention parents had higher scores on the scales of involvement,  $U = 1989$ ,  $p = .044$ , and encouraging,  $U = 1773$ ,  $p = .004$  (Table 49). Considering each item from the PBAQ, there were significant differences between groups at post-intervention for the behaviors of playing,  $U = 1934$ ,  $p = .013$ , and giving a privilege,  $U = 1910$ ,  $p = .015$ , as observed at pre-intervention. The isolated item on reading also revealed significant differences between groups,  $U = 1.969$ ,  $p = .036$ .

**Table 49****Parental behaviors scales (PBAQ) in pre- and post-intervention for the two groups**

	Intervention N = 78				Wait list N = 64			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Mean		Mean		Mean		Mean	
	(SD)	Median	(SD)	Median	(SD)	Median	(SD)	Median
Involvement	10.76 (1.05)	11	10.71 (1.07)	11 <sup>a</sup>	10.44 (1.14)	11	10.33 (1.11)	10 <sup>a</sup>
Encouragement	15.28 (1.93)	15	15.41 (1.81)	16 <sup>a</sup>	14.80 (2.23)	15	14.46 (2.01)	15 <sup>a</sup>
Inconsistent	7.5 (1.76)	8	7.45 (1.89)	8	7.80 (1.92)	8	7.48 (1.68)	8
Limit-setting	9.17 (1.92)	9	9.35 (1.84)	9.5	9.27 (2.39)	9	9.21 (2.18)	9
Harsh discipline	6.5 (1.69)	6	6.44 (1.44)	6	6.63 (1.73)	6	6.46 (1.67)	6

<sup>a</sup> Between-groups significant differences at  $p < .05$ , according to Mann-Whitney tests

Wilcoxon tests revealed no significant differences from pre to post-intervention assessments in the wait list and in the intervention group in any of the scales of the PBAQ. However, the analysis of the items from the PBAQ revealed significant differences in the intervention group from pre- to post-intervention for some discipline strate-

gies (Table 50). At post-intervention, parents from the intervention group used time-out more frequently,  $z = -2.054$ ,  $p = .04$ , and threatening less frequently,  $z = -1.991$ ,  $p = .046$ . Ignoring also revealed a change approaching significance,  $z = -1.891$ ,  $p = .059$ . Unexpectedly, intervention parents reported shouting more frequently at post-intervention than at pre-intervention,  $z = -2.263$ ,  $p = .024$ . In the wait list group, there were no significant changes from pre- to post-intervention, except for a reduction in singing at post-intervention,  $z = -2.041$ ,  $p = .041$ .

**Table 50****Parenting strategies in pre- and post-intervention for the two groups**

	Intervention N = 78				Wait list N = 64			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median
Reading	3.53 (1.22)	4	3.69 (1.09)	3.5 <sup>a</sup>	3.45 (1.11)	3	3.29 (1.20)	3 <sup>a</sup>
Talking	3.88 (0.32)	4	3.85 (0.36)	4	3.78 (0.45)	4	3.83 (0.38)	4
Singing	3.23 (0.58)	3	3.39 (0.61)	3	3.33 (0.64)	3 <sup>b</sup>	3.17 (0.64)	3 <sup>b</sup>
Playing	3.64 (0.48)	4 <sup>a</sup>	3.56 (0.50)	4 <sup>a</sup>	3.33 (0.54)	3 <sup>a</sup>	3.33 (0.54)	3 <sup>a</sup>
Praising	4.76 (0.46)	5	4.71 (0.49)	5	4.63 (0.55)	5	4.54 (0.62)	5
Tangible reward	2.63 (0.98)	3	2.64 (0.81)	3	2.61 (1)	3	2.38 (0.91)	2
Privilege	3.26 (0.78)	3 <sup>a</sup>	3.35 (0.90)	3 <sup>a</sup>	3.02 (0.92)	3 <sup>a</sup>	3.05 (0.81)	3 <sup>a</sup>
Special attention	4.64 (0.58)	5	4.72 (0.45)	5	4.55 (0.69)	5	4.49 (0.74)	5
Command	4.12	4	4	4	4.08	4	4	4

	(0.89)		(0.98)		(0.99)		(1.03)	
Consequence	3.21	3	3.27	3	3.19	3	3.17	3
	(0.92)		(0.80)		(1.07)		(0.93)	
Time-out	1.85	2 <sup>b</sup>	2.08	2 <sup>b</sup>	2	2	2.03	2
	(0.93)		(0.94)		(1.04)		(1.11)	
Ignoring	2.05	2	2.24	2	2.27	2	2.22	2
	(0.77)		(0.87)		(0.86)		(0.77)	
Distracting	3.06	3	3.01	3	3.23	3	3.02	3
	(0.87)		(0.90)		(0.99)		(0.94)	
Threatening	2.38	2 <sup>b</sup>	2.19	2 <sup>b</sup>	2.30	2	2.24	2
	(0.96)		(0.93)		(0.90)		(0.98)	
Giving a slap	2.26	2	2.17	2	2.36	2	2.21	2
	(0.81)		(0.71)		(0.74)		(0.71)	
Spanking	1.40	1	1.26	1	1.31	1	1.32	1
	(0.69)		(0.55)		(0.66)		(0.53)	
Shouting	2.85	3 <sup>b</sup>	3.01	3 <sup>b</sup>	2.95	3	2.94	3
	(0.72)		(0.67)		(0.83)		(0.84)	

<sup>a</sup> Between-groups significant differences at  $p < .05$ , according to Mann-Whitney tests

<sup>b</sup> Within-group significant differences at  $p < .05$ , according to Wilcoxon tests

### Satisfaction with the intervention

The majority of parents reported reading most (25.6%) or all (61.5%) of the intervention materials. Parents cited the information on behavior management (17.9%), development (11.5%), and multiple components (24.4%) as their favorite contents. Fifty-nine percent of parents wrote a descriptive positive comment about the newsletters (e.g., “It’s really helpful for parents”, “Very simple and accessible language”, “Simple suggestions and easy to use”), 5% wrote a neutral comment, and 34.6% did not write a descriptive comment. Most parents agreed that the materials helped them to implement appropriate parenting behaviors and said that they would use several (30.8%) or most (30.8%) of the suggestions from the newsletters.

From the group of parents who also received the brochures “If...”, only 16 returned the post-intervention package. Most of these parents responded that the bro-

chures were relevant to most ( $n = 10$ ) or all ( $n = 4$ ) of their needs and that the materials helped them ( $n = 13$ ). Parents reported using some ( $n = 7$ ) or most ( $n = 9$ ) of the suggestions and most said that the child’s behavior improved ( $n = 14$ ). Only two families sought further support after receiving the materials and only four reported that they needed further support at the post-intervention assessment. All of the parents reported that they might ask support from the program in the future.

## Discussion

This study illustrates the importance of a public health approach to development and behavior. The use of a comprehensive approach, including a first-level developmental screening based on parental concerns and parenting education, allowed us to take advantage of the opportunities for intervention based on the child’s age and parental concerns. Considering baseline data, 163 parents from the intervention group received information specifically designed for their child’s developmental period (newsletters titled “Help me grow”). Additionally, 32 parents received information targeting their specific concerns (brochures titled “If...”), and 58 participated in an interview and received brief counseling. It should be noted that a high proportion of parents from the intervention group (55%) signaled the need for some type of support.

The lack of impact of the intervention on child behavior problems as measured by the SDQ could be explained by different arguments. First of all, the low intensity of the program may have had a small impact on child behavior, and the lack of statistical power may have precluded the examination of smaller differences. Furthermore, analysis of the pre-intervention scores showed that mean scores fell within the normal range, attesting to the nonclinical nature of the sample, which may have created a floor effect. On the other hand, previous studies using self-directed parenting interventions found

that changes in child behavior could take a longer time to occur than in therapist-assisted parenting interventions (Markie-Dadds & Sanders, 2006), and this pilot did not include a follow-up assessment.

The differences found in parental concerns at post-intervention are somewhat harder to explain. To begin with, previous research did not clarify whether parental education reduces or increases parental concerns. Parents with better knowledge of child development and behavior may recognize difficulties more accurately, but they also may distinguish normative from clinical behaviors more appropriately. There is also little information regarding the stability of parental concerns. The differences found in this study in the intervention and wait list groups suggest the need for further research regarding the impact of parental education on parental concerns.

There were some encouraging results with respect to the impact of the intervention on parental behaviors. At post-intervention, parents from the intervention group had higher scores than parents from the wait list group on involvement and encouragement, which were the focus of two “Challenges of the month” sent to parents. Although visual inspection suggests some changes on the scores of the PBAQ from pre-intervention to post-intervention, the magnitude of changes was not sufficient to find a significant within group effect. Furthermore, from pre-intervention to post-intervention, parents from the intervention group reported an increase in the use of time-out and ignoring and a decrease in the use of threatening. Interestingly, time-out and ignoring were among the strategies less frequently used at baseline. These strategies are highly recommended for managing the behavior of young children. Previous studies also found a positive impact of written materials in the use of time-out (Sege et al., 1997). For the remaining strategies, floor or ceiling effects and the low intensity of the intervention may explain the

absence of changes. Most activities and strategies were being practiced at a reasonable frequency at baseline.

Despite the modest impact of the intervention, parents gave positive feedback and evaluated the materials as useful. International surveys found that most parents expressed the need for some support in raising their children (Young et al., 1998). Likewise, previous studies on age-paced newsletters have suggested its use as an effective public health approach, given the acceptance for these newsletters among parents of young children and the low cost of providing the materials (Waterston et al., 2009). Several universal interventions targeting parenting that showed a positive impact on children’s and parents’ outcomes are quite resource and time demanding, bringing considerable challenges to their global dissemination (Hahlweg et al., 2010; Minkovitz et al., 2007). Therefore, the modest impact of this intervention on parenting deserves to be further explored.

The present study has several limitations. To begin with, the high attrition rate, the high educational level of participating parents, and the exclusively urban areas of data collection constitute threats to its external validity. Although the attrition is high compared to other intervention research studies, this study did not provide any financial reimbursement for participation and involved almost no contact between the parents and the research team. The questionnaire used to evaluate parental behaviors was recently developed, and the information about its reliability and validity is incomplete. Data were only obtained by parental report, with the inherent reporting challenges of social desirability and parental expectations. Additionally, it would have been ideal to include a follow-up assessment.

Regarding the newsletter intervention, previous studies using age-paced newsletters used a more intensive delivery of information to parents (e.g., Waterston et al.,



2009), which may help them to maintain the motivation to use the activities and suggestions included in the materials. However, it should be noted that the intervention proposed was intended to keep costs low. The delivery of specific brochures to parents with behavior or social-affective concerns was not supposed to be an alternative to therapy but rather a first attempt to solve moderate problems. Therefore, it is not surprising that the impact would not be enough to produce clinically significant changes for the overall sample receiving it. The high attrition rate precluded the examination of specific effects on this group.

This study piloted an innovative, low-cost, universal approach to child development and behavior. Using parental concerns to screen for behavioral and developmental problems contributed to the detection of different levels of need and allowed researchers to provide evidence-based parenting information and strategies. Providing written materials to parents according to their needs in nonclinical settings could be part of a public health approach to development and behavior, covering the universal level of intervention and the most basic and least intrusive selective level of intervention within the mental health spectrum of interventions proposed by O’Connell and colleagues (2009). Furthermore, the selective delivery of written materials to parents at the moment of early detection may contribute to parents’ motivation for help seeking and may prevent deterioration until they start receiving therapist-lead interventions. Future trials with a more sophisticated design and analysis should explore these opportunities.



# Discussão Integrada

O trabalho aqui apresentado procurou contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem à saúde mental infantil guiada pelo modelo da saúde pública e assente na psicopatologia do desenvolvimento e na abordagem ecológica do desenvolvimento. Todo o processo de construção deste trabalho foi marcado pela preocupação com as necessidades da criança pequena e sua família e pelo papel essencial dos pais para a promoção da saúde mental infantil, quer pela sua importância para o desenvolvimento e adaptação socio-emocional da criança quer pelo seu papel na identificação de necessidades de intervenção. Por outro lado, considerando a necessidade de diversificar os canais pelos quais se chega às famílias, elegemos os cuidados para a infância como contexto para a aplicação desta abordagem à saúde mental infantil, nomeadamente pela sua proximidade em relação às famílias e pela sua tradição de monitorização e promoção do desenvolvimento. Aplicando, em pequena escala, os procedimentos da saúde pública, partimos da caracterização e identificação de necessidades de intervenção para o desenvolvimento e implementação de intervenções.

No âmbito da caracterização de necessidades, foi descrita a frequência de alguns indicadores de adaptação socio-emocional (i.e., problemas de comportamento e problemas de sono) e respetivos determinantes parentais (i.e., comportamentos parentais específicos), bem como o seu contributo relativo para a adaptação da criança. Relativamente

à identificação de necessidades, foram realizados estudos de validação de um instrumento de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento e foi testado um protocolo de detecção precoce. Adicionalmente, foi explorado o papel das preocupações parentais e percepção parental de problemas para a identificação de necessidades de intervenção. Finalmente, foi desenvolvida e implementada uma intervenção baseada no fornecimento de informação através de materiais escritos. Considerando que os resultados de cada uma destas componentes foram apresentados e discutidos de forma independente, nesta secção procuraremos fazer uma síntese e discussão integrada dos mesmos. Adicionalmente, serão destacados os principais limites e contributos.

## **Caracterização das Necessidades de Intervenção**

Durante os primeiros anos de vida, os problemas relacionados com o desenvolvimento da regulação emocional e comportamental são muito comuns. Alguns trabalhos têm mostrado que este tipo de problemas constitui a queixa mais frequente dos pais durante consultas de saúde infantil, ultrapassando mesmo os problemas de saúde mais comuns nestas idades, como otites e infeções respiratórias (Arndorfer et al., 2000). Os dados internacionais apontam que as preocupações de natureza comportamental que os pais expressam com maior frequência se relacionam com comportamentos disruptivos e problemas de sono (Arndorfer et al., 2000). Considerando que este trabalho procurou dirigir-se para as necessidades das famílias e seguindo a abordagem da saúde pública, procurámos descrever a dimensão dos problemas de comportamento e de sono entre as crianças dos contextos em que procurávamos atuar. Adicionalmente, assumindo a importância do comportamento parental para a adaptação da criança, interessava-nos identificar a frequência de utilização de diferentes comportamentos parentais específicos habitualmente considerados fatores de risco ou de proteção para a adaptação socio-

emocional e sono da criança. Considerando a escassez de evidência acerca do efeito relativo de diferentes comportamentos parentais específicos, os estudos de caracterização dirigiram-se também para a identificação do contributo relativo de um leque de comportamentos parentais para o comportamento e sono da criança.

### **Adaptação socio-emocional e comportamento parental**

No que se refere à frequência de problemas de comportamento, os resultados encontrados com o SDQ são consistentes com a prevalência de problemas de comportamento reportada na literatura (Egger & Angold, 2006). Relativamente ao contributo dos comportamentos parentais para a adaptação socio-emocional da criança, os resultados encontrados vão de encontro ao descrito na literatura relativamente à importância de conjugar práticas parentais positivas com estratégias de disciplina eficazes (Taylor & Biglan, 1998).

Começamos por destacar a elevada frequência de atividades partilhadas entre pais e crianças (i.e., conversar, brincar, cantar) e de utilização de estratégias positivas (i.e., elogios e recompensas) e de estabelecimento de limites (i.e., instruções e consequências), mas baixa frequência de utilização da estratégia de isolamento, habitualmente recomendada na literatura e nas intervenções parentais para reduzir comportamentos indesejáveis. Por outro lado, uma proporção importante de pais reportava recorrer pelo menos algumas vezes a estratégias de disciplina mais severas (i.e., dar uma palmada ou gritar). Sob o racional de que a utilização moderada de estratégias coercivas adequadas será necessária para alterar o comportamento da criança (Teti & Candelaria, 2002) e considerando que comportamentos disruptivos são habituais na criança pequena, ficou patente a necessidade de melhorar a utilização de estratégias eficazes. A este respeito, destaca-se a estratégia de isolamento por ser a estratégia de estabelecimento de limites

utilizada com menor frequência, revestindo-se de um maior potencial de melhoria, mas também porque programas parentais que incluem a utilização do isolamento foram associados a maiores efeitos no comportamento da criança (Kaminski et al., 2008).

Relativamente ao contributo relativo dos comportamentos parentais para a adaptação da criança, os resultados encontrados reforçaram a importância do envolvimento parental e da utilização de estratégias de disciplinas ineficazes, como estratégias inconsistentes e severas. Embora o efeito de cada um destes comportamentos parentais na adaptação da criança tenha sido repetidamente apontado na literatura (McKee et al., 2007; Patterson & Fisher, 2002; Russell & Russell, 1996; Trentacosta et al., 2008), o efeito único da inconsistência e do envolvimento não tem sido isolado frequentemente quando controlados outros comportamentos parentais, como a punição física. De forma consistente com os resultados de Pettit, Bates, e Dodge (1997), o envolvimento parental revelou um efeito protetor mesmo quando controlado o efeito da disciplina severa. Em relação ao efeito das estratégias inconsistentes, importa salientar que a escala de inconsistência inclui estratégias habitualmente classificadas como eficazes (i.e., ignorar e distrair). O facto de se agregarem com a utilização de estratégias assentes na ameaça e de revelarem um efeito negativo no comportamento da criança reforça a necessidade de os pais conhecerem não só quais as estratégias eficazes mas também em que circunstâncias devem ser utilizadas e de que forma é que a sua utilização traduz consistência e estrutura para a criança.

As diferenças encontradas nos resultados para as categorias limítrofe e anormal do SDQ apontaram para o papel de diferentes comportamentos parentais de acordo com a intensidade dos problemas de comportamento da criança. Por exemplo, na subescala de problemas de comportamento, a utilização de estratégias de disciplina inconsistentes predizia um resultado limítrofe, ao passo que um resultado anormal era predito pela

utilização de estratégias de disciplina inconsistentes e severas. Este resultado pode ser interpretado de diferentes formas. Nomeadamente, podemos considerar que os problemas de comportamento se agravam quando os pais utilizam simultaneamente estratégias pouco consistentes e disciplina severa. Mas estes resultados também podem ser interpretados na direção oposta, sugerindo que, à medida que os comportamentos da criança se tornam mais desafiantes, os pais recorrem mais a estratégias de disciplina severas. Podemos ainda admitir a hipótese de coerção de Patterson (Granic & Patterson, 2006): face a comportamentos de desafio ou oposição da criança, os pais retiram-se ou não conseguem seguir com o cumprimento das regras ou instruções, desencadeando um aumento dos comportamentos disruptivos da criança e concomitantemente um aumento da utilização de estratégias parentais severas na tentativa de controlar o comportamento da criança. A direção destes efeitos só poderá ser esclarecida com investigação longitudinal e análises mais sofisticadas. De qualquer forma, este padrão diferenciado de resultados parece apontar diferentes necessidades de intervenção.

No seu conjunto, os resultados deste estudo apoiam diferentes apostas importantes para as intervenções parentais: aumentar a regularidade com que os pais se envolvem com a criança em atividades partilhadas; aumentar a capacidade dos pais para utilizarem estratégias eficazes de forma consistente, clarificando os limites e evitando ameaças; diminuir a utilização de estratégias de disciplina severa, mesmo que moderadas, e aumentar a capacidade de regulação dos próprios pais face aos desafios impostos pela criança. Estes aspetos são consistentes com os domínios focados por inúmeras intervenções parentais e também com diversas recomendações para a promoção da disciplina eficaz (Canadian Paediatric Society, 2004; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1998). Adicionalmente, o papel do envolvimento e da consistência parental está de acordo com os resultados de uma meta-análise recente, que

mostrou que programas que incluíam o treino de competências de interação positiva e de respostas consistentes aos comportamentos da criança se associavam a maiores efeitos nos comportamentos dos pais e da criança (Kaminski et al., 2008).

Por outro lado, os resultados sugerem que os programas parentais poderão abarcar uma diversidade de objetivos e estratégias diferentes em função do nível de risco a que se dirigem. Nomeadamente, o envolvimento, sob a forma de atividades partilhadas, deverá ter um papel central nas iniciativas de prevenção universal, na medida em que revelou um efeito de proteção. Esforços de prevenção mais específicos (e.g., dirigidos a preocupações manifestadas pelos pais) deverão focar o aumento da consistência parental. Finalmente, a redução da disciplina severa deverá ser incluída nas iniciativas dirigidas a famílias em maior risco. Esta hipótese de diferenciação das intervenções reveste-se de uma importância particular se considerarmos que os programas parentais que têm recebido maior suporte empírico focam uma grande diversidade de estratégias parentais e implicam uma intensidade considerável, limitando a sua generalização numa lógica populacional (Stewart-Brown & McMillan, 2010; Taylor & Biglan, 1998).

### **Problemas de sono e comportamento parental**

A necessidade de conhecer a frequência de dificuldades relacionadas com o sono na nossa amostra foi despoletada pelo papel central do sono para o funcionamento da criança (Dahl, 1996; Fallone, Owens, & Deane, 2002; Taylor, Lichstein, & Heith, 2003) e por constituir um domínio de preocupação parental frequente (Arndorfer et al., 2000), mas também pela baixa frequência de preocupações parentais acerca do sono identificada nos estudos iniciais do PEDS. Sendo o sono um tópico de aconselhamento comum nas recomendações para o aconselhamento antecipatório e considerando as sugestões de alguns autores para a sua integração sistemática em intervenções parentais (Martin et



al., 2011), importava conhecer melhor esta realidade na população a que nos dirigimos. Os resultados encontrados mostraram que as dificuldades de sono na nossa amostra eram comuns, apresentando uma frequência semelhante à encontrada noutros países (Thunström, 1999). Apesar disso, a percentagem de pais que reconhecia a existência de um problema de sono era baixa e inferior ao encontrado em dados internacionais (Sadeh et al., 2011), sugerindo um baixo reconhecimento parental destes problemas. Este dado reforça a importância de despistar as dificuldades de sono da criança pequena de forma pró-ativa, em vez de esperar pelas queixas dos pais, e apoia também a necessidade de disponibilizar informação e aconselhamento acerca deste domínio de forma alargada, de modo a alcançar todos os pais independentemente de reconhecerem a existência de um problema de sono.

Relativamente aos hábitos de sono da criança e aos comportamentos parentais relacionados com o sono, os resultados encontrados confirmam as recomendações mais comuns para o estabelecimento de bons hábitos de sono. Para começar, verificámos que a maioria das crianças dormia na sua própria cama e que a maioria dos pais impunha alguma estrutura ao momento de dormir através do estabelecimento de horários e de rotinas de sono regulares. Adicionalmente, o estabelecimento de horários de sono regulares evidenciou um efeito positivo na qualidade do sono da criança. A estruturação do ambiente de sono da criança é um elemento central das estratégias de promoção da higiene do sono (Galland & Mitchell, 2010). Desta forma, o contributo único dos horários de sono para a qualidade do sono da criança, mesmo quando controlado o efeito de outros comportamentos parentais, reforça claramente a importância de ajudar os pais a sistematizar estas práticas.

De forma consistente com os resultados descritos por Morrell e Cortina-Borja (2002), em que se verificava uma redução das estratégias de conforto ativo (e.g., emba-

lar, pegar ao colo, dar comida) e aumento de estratégias de conforto passivo (e.g., deitar-se com a criança, ficar junto da criança) à medida que a criança crescia, encontrámos uma frequência baixa de estratégias de conforto ativo e uma frequência elevada de estratégias de conforto passivo. No entanto, no conjunto, apenas metade das crianças era encorajada a adormecer de forma autónoma. Por outro lado, a presença parental no momento de adormecer foi isolada como preditor dos despertares noturnos. Considerando que a capacidade de regular o sono de forma autónoma constitui uma tarefa de desenvolvimento essencial para a criança pequena (Stein & Barnes, 2002), este resultado reforça claramente a necessidade de disponibilizar intervenções neste domínio.

Embora os modelos explicativos do sono infantil incluam simultaneamente variáveis mais globais da relação pais-criança e comportamentos parentais relacionados com o sono, a forma como estas duas dimensões do comportamento parental se associam e influenciam o sono infantil não tem sido muito explorada. Os nossos resultados apontaram que as estratégias de disciplina que os pais utilizam para gerir o comportamento mais global da criança contribuem para compreender os comportamentos relacionados com o sono adotados pelos pais. A este nível, destacamos o efeito das estratégias de disciplina inconsistentes. Uma maior utilização de estratégias inconsistentes a nível global aumentava a probabilidade de os pais utilizarem comportamentos assentes na presença parental no momento de adormecer (i.e., conforto ativo, conforto passivo, partilha de cama). Este resultado sugere que estes pais terão maior dificuldade em encorajar a autonomia da criança. Este aspeto é relevante ao nível da organização das intervenções, que deverão apoiar os pais para estes aumentarem a sua firmeza e consistência.

As estratégias de disciplina utilizadas pelos pais evidenciaram também um efeito direto em algumas dificuldades de sono da criança. De forma consistente com o modelo transacional (Sadeh et al., 2010), os comportamentos parentais relacionados com o sono

revelaram-se melhores preditores das dificuldades de sono do que as estratégias de disciplina globais. Por outro lado, o efeito direto destas estratégias de disciplina só se manteve em relação às dificuldades ao adormecer. Este resultado é consistente com o enquadramento destas dificuldades na perturbação do sono relacionada com o estabelecimento de limites. Com efeito, o adiamento e resistência manifestados pela criança têm sido relacionados com uma maior tendência da criança para testar limites e desafiar, a par de uma maior dificuldade dos pais para estabelecerem regras, limites e rotinas de deitar consistentes (American Academy of Sleep Medicine, 2005; Meltzer & Mindell, 2008; J. Owens & Witmans, 2004). Contudo, esta caracterização tem sido feita com base em argumentos teóricos e clínicos e não empíricos. O modelo de regressão encontrado para as dificuldades ao deitar, que revelou um efeito preditivo das estratégias de disciplina inconsistentes e do estabelecimento de horários de dormir regulares, fornece suporte empírico a esta caracterização. Por outro lado, sugere que o efeito direto das estratégias de disciplina no sono da criança só será significativo quando estão em causa dificuldades de sono relacionadas com comportamentos de oposição ou desafio.

A necessidade de contemplar simultaneamente comportamentos parentais distais e proximais para compreender o efeito do comportamento parental no sono da criança já tinha sido apontada por Reid, Hong, e Wade (2009). Os resultados encontrados neste estudo reforçam a importância dos comportamentos parentais relacionados com o sono (i.e., estabelecimento de rotinas e horários, presença no momento de adormecer), mas também sugerem que as estratégias que os pais utilizam para regular o comportamento global da criança contribuem para explicar as escolhas que os pais fazem relativamente à forma de regular o sono da criança. Portanto, as dificuldades dos pais na regulação do sono da criança terão subjacentes dificuldades mais globais. Estas dificuldades globais

terão um efeito direto na qualidade do sono da criança quando estão em causa problemas de sono associados a uma maior tendência da criança para testar limites e desafiar.

O efeito específico das estratégias de disciplina nas dificuldades ao adormecer aponta para a importância de considerar dificuldades de sono específicas, em vez de indicadores de dificuldades globais, quando se explora o contributo dos determinantes parentais para a qualidade do sono da criança. Esta especificidade pode explicar algumas inconsistências encontradas na literatura, como a ausência de associação entre comportamentos parentais e sono encontrada por Bates e colaboradores (2002).

### **Problemas de sono, problemas de comportamento e comportamento parental**

A associação entre problemas de sono e problemas de comportamento tem sido sistematicamente evidenciada. Contudo, os mecanismos que explicam tal associação não estão completamente estabelecidos, tendo sido colocada a hipótese de que os comportamentos parentais expliquem parte da variância partilhada entre problemas de sono e problemas de comportamento (Bates et al., 2002; Coulombe et al., 2010; Gregory & Sadeh, 2012; G. J. Reid et al., 2009). De forma consistente com os resultados de trabalhos anteriores (Bates et al., 2002; Coulombe et al., 2010; G. J. Reid et al., 2009), os resultados deste estudo verificaram que os problemas de sono (i.e., a resistência ao deitar) explicam uma proporção pequena, mas significativa, da variância dos comportamentos de oposição/desafio. Por outro lado, alguns comportamentos parentais distais e proximais adicionaram valor explicativo ao modelo, parecendo contribuir para explicar parte da associação entre problemas de sono e problemas de comportamento. Neste âmbito, destacaram-se as estratégias de disciplina inconsistentes e a partilha de cama.

Relativamente aos problemas de sono, os nossos resultados isolaram o efeito da resistência ao deitar nos comportamentos de desafio/oposição. A investigação não tem estabelecido se os efeitos dos problemas de sono na adaptação socio-emocional da criança são específicos ou difusos. Por um lado, os estudos que exploraram a associação entre problemas de sono e diferentes tipos de problemas de comportamento (e.g., internalização e externalização) na criança em idade pré-escolar têm encontrado resultados inconsistentes (Gregory & Sadeh, 2012; Lavigne, Arend, et al., 1999). Por outro lado, a maioria dos estudos sobre a associação entre problemas de sono e problemas de comportamento utilizou indicadores globais de problemas de sono, não permitindo esclarecer a hipótese de especificidade sugerida por Coulombe e colaboradores (2010). Os nossos resultados reforçam a importância de explorar o papel de problemas de sono específicos em relação a diferentes tipos de problemas emocionais e de comportamento.

No que se refere aos comportamentos parentais, destacou-se mais uma vez o efeito das estratégias de disciplina inconsistentes e da tendência dos pais para cederem aos comportamentos da criança. O efeito direto da partilha de cama nos problemas de comportamento da criança sugere que este comportamento parental pode representar um exemplo específico da inconsistência dos pais. Durante a idade pré-escolar, a tendência natural da criança para testar limites põe à prova a capacidade dos pais para serem consistentes. As interações em torno do sono da criança podem representar um período de particular vulnerabilidade para os pais, quer pelas suas crenças em relação ao sono da criança, quer pela sua própria necessidade de repouso. Desta forma, os comportamentos de resistência da criança à hora de dormir podem constituir uma situação particular em que os pais cedem, levando-a para a sua própria cama e reforçando assim o comportamento desafiante da criança, contribuindo para o exacerbar.

No seu conjunto, os resultados encontrados no modelo de regressão relativo aos comportamentos de oposição/desafio enfatizam a complexidade da associação entre problemas de sono e problemas de comportamento. Os preditores encontrados salientam aspetos do desenvolvimento da auto-regulação, indicando que as dificuldades dos pais na regulação do comportamento da criança contribuem para o surgimento de problemas de sono e problemas de comportamento, como sugerido por Bates e colaboradores (2002). Adicionalmente, a resistência ao deitar evidenciou um valor preditivo independente para os problemas de comportamento, apontando a necessidade de identificar outros mecanismos explicativos, como o efeito que a má qualidade do sono pode ter na regulação da criança.

Do ponto de vista da intervenção, o esclarecimento da associação entre problemas de sono e problemas de comportamento e respetivos mecanismos explicativos reveste-se de particular importância. Considerando o efeito do comportamento parental em diferentes dificuldades comuns ao longo da infância (i.e., comportamentos disruptivos, problemas de sono, dificuldades relacionadas com a alimentação), alguns autores têm sugerido que as intervenções parentais deveriam contemplar um leque mais alargado de dificuldades (Barrera & Sandler, 2006), nomeadamente os problemas de sono (Martin et al., 2011). Compreender a forma como os problemas de sono e problemas de comportamento se associam contribuirá certamente para melhorar o foco das intervenções. Os resultados deste estudo apontam para a importância de melhorar a capacidade dos pais para se manterem consistentes e não cederem ao comportamento desafiante da criança nas diversas situações do quotidiano. Por outro lado, apoiam a importância de considerar o sono nas intervenções dirigidas aos problemas de comportamento, não só pelo seu efeito direto no comportamento da criança, mas também porque as interações

em torno do sono podem constituir uma circunstância em que os pais têm dificuldades particulares para regular o comportamento da criança.

### **Síntese**

Ao longo dos últimos anos, vários autores têm chamado a atenção para a importância de estudar a especificidade das associações entre comportamento parental e adaptação socio-emocional da criança. Os três estudos aqui descritos reforçam esta necessidade. A tendência dos pais para cederem e para se apoiarem em ameaças tem sido repetidamente apontada como prejudicial para o funcionamento da criança (Granich & Patterson, 2006; Patterson & Fisher, 2002), mas este efeito não tem sido isolado frequentemente e não foi descrito para o caso dos problemas de sono. Por outro lado, os resultados encontrados sugerem que os pais podem conhecer e aplicar estratégias de disciplina adequadas e mesmo assim ter dificuldade em manter-se consistentes. Sob a perspectiva do planeamento de intervenções, fica patente a necessidade de apostar claramente no aumento da consistência parental para melhorar vários indicadores de adaptação socio-emocional (i.e., problemas de comportamento e problemas de sono).

### **Identificação de Necessidades de Intervenção**

A necessidade de melhorar a identificação das necessidades de intervenção das famílias tem sido apontada como essencial para melhorar a prevenção e tratamento dos problemas de desenvolvimento e comportamento (Taylor & Biglan, 1998). Várias iniciativas internacionais recomendam a adoção de uma abordagem de vigilância do desenvolvimento infantil conjugada com a utilização sistemática de instrumentos de rastreio standardizados (Council on Children with Disabilities et al., 2006). O recurso a instrumentos preenchidos pelos pais é apontado como uma boa alternativa para ultra-

passar as inúmeras barreiras à utilização de instrumentos de rastreio (Glascoe, 2002; Regalado & Halfon, 2001). Alguns autores têm salientado a importância de evitar uma abordagem centrada na patologia e de adotar uma abordagem ao rastreio que permita verdadeiramente responder às necessidades globais das famílias (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001; American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993; O'Connell et al., 2009). Neste âmbito, a recolha das preocupações parentais acerca do desenvolvimento e comportamento da criança é apontada como um elemento central (American Academy of Pediatrics, 2003). O PEDS parecia ter o potencial de responder a estas diferentes necessidades, pelo que foi selecionado para este trabalho.

### **Estudos de validação do PEDS**

O primeiro passo para a implementação de uma abordagem à deteção precoce que contemple o rastreio é precisamente a disponibilização de instrumentos de rastreio adequados e válidos para a população alvo. Os estudos de validação levados a cabo com a versão portuguesa do PEDS replicaram parcialmente os estudos originais. De uma forma geral, a versão portuguesa do PEDS revelou propriedades promissoras.

Embora a distribuição das preocupações parentais na amostra portuguesa revelasse diferenças significativas quando comparada com a amostra americana, essas diferenças serão, pelo menos em parte, explicadas pelo facto de os estudos originais abranjerem um leque mais diverso de idades (i.e., crianças dos 0 aos 8 anos) do que os estudos da versão portuguesa. Este argumento é apoiado pela evidência dos estudos originais, em que os pais de crianças de 3, 4 e 6 anos manifestavam mais preocupações nos domínios comportamental e socio-afetivo do que os pais de crianças com idades inferior-



res a 2 anos (Glascoe, 2002). Por outro lado, algumas das diferenças na distribuição das preocupações podem justificar-se pelas diferentes metodologias de preenchimento utilizadas. Nos estudos originais, o PEDS foi administrado por entrevista, permitindo o esclarecimento das respostas dos pais. No nosso estudo, os pais fizeram o preenchimento em casa de forma autónoma. Embora os comentários escritos dos pais tenham permitido reclassificar algumas das preocupações assinaladas (e.g., preocupações assinaladas na linguagem recetiva que revelavam preocupações com o comportamento), nem todos os pais escreveram comentários.

No caso específico das preocupações com o comportamento, o facto de termos encontrado uma proporção mais elevada do que noutros estudos, conjuntamente com a baixa especificidade na identificação de problemas de comportamento, levantam a possibilidade de existir uma especificidade cultural na manifestação de preocupações com o comportamento. Por exemplo, os pais portugueses podem ter um nível de tolerância mais baixo face aos comportamentos de oposição ou desafio da criança ou podem simplesmente estar menos informados e apoiados para a resolução dessas dificuldades. Portanto, as diferenças na distribuição das preocupações parentais de pais portugueses, quando comparadas com as de pais de outros países, devem ser examinadas em estudos posteriores.

De forma consistente com os estudos originais (Glascoe, 2002), a idade, o sexo e a ordem na fratria foram os fatores sociodemográficos que evidenciaram um valor preditivo mais transversal para os diferentes domínios de preocupação. De forma surpreendente, o nível educacional da mãe não evidenciou um contributo relativo significativo, mas este resultado pode ser explicado pela elevada proporção de mães com o ensino secundário ou superior.

A análise do valor preditivo dos resultados do PEDS em relação à existência de um problema de desenvolvimento identificado anteriormente suportou parcialmente a classificação das preocupações (i.e., preditivas e não preditivas) e as trajetórias propostas por Glascoe (2000). Contudo, o valor preditivo das preocupações socio-afetivas para a presença de um problema de desenvolvimento merece ser clarificado. De acordo com a proposta da autora, estas preocupações são classificadas como preditivas até aos 18 meses de idade, passando depois a não preditivas. O tipo de atrasos do desenvolvimento presente na nossa amostra poderá justificar esta diferença, mas este resultado também pode apontar para a necessidade de adaptar o algoritmo de toma de decisão para a população portuguesa, como já aconteceu noutros países (Glascoe, 2013).

Relativamente à acuidade dos resultados da versão portuguesa do PEDS para a identificação de problemas de desenvolvimento, as preocupações preditivas revelaram uma sensibilidade adequada e especificidade baixa. Considerando que o critério utilizado foi a existência de um diagnóstico anterior e que a taxa de deteção precoce de problemas de desenvolvimento é muito baixa, este resultado não deve ser interpretado como apontando uma tendência do PEDS para produzir falsos positivos. Pelo contrário, este dado, em conjunto com os resultados da análise de validade de critério, alerta para a necessidade de analisar a validade do PEDS com referência aos resultados num instrumento de diagnóstico de problemas de desenvolvimento.

A análise da validade convergente dos resultados do PEDS em relação a um questionário de rastreio de problemas de comportamento mostrou que as preocupações com o comportamento e domínio socio-afetivo prediziam as classificações das crianças no instrumento. As preocupações parentais revelaram um valor preditivo específico na predição dos problemas de comportamento (e.g., preocupações com o comportamento prediziam o resultado na escala de problemas de conduta e as preocupações socio-

afetivas prediziam o resultado na escala de problemas com pares). O modelo de regressão relativo aos problemas de conduta evidenciou um melhor ajustamento do que os restantes, sugerindo que as preocupações dos pais podem ser mais adequadas para detectar problemas de cooperação, oposição ou desafio. Esta hipótese foi reforçada pelos resultados da análise de acuidade do PEDS para a deteção de problemas de comportamento, em que as taxas de sensibilidade foram superiores para o resultado total do SDQ e para os problemas de conduta.

A análise da precisão dos resultados do PEDS revelou valores de consistência interna e de consistência inter-juízes adequados.

Importa ainda salientar que neste trabalho o PEDS foi preenchido de forma autónoma pelos pais, não tendo sido identificadas dificuldades com esta metodologia de preenchimento. Por um lado, a maioria dos pais forneceu comentários escritos, sugerindo que a literacia dos pais não influenciou de forma negativa o preenchimento do instrumento. Por outro lado, o elevado acordo inter-juízes aponta que esses comentários foram suficientemente claros para proporcionar uma codificação consistente das preocupações. Este dado tem uma importância particular para a forma como as propriedades psicométricas da versão portuguesa do PEDS devem ser interpretadas. Na verdade, a maioria dos estudos de standardização de instrumentos de rastreio de problemas de desenvolvimento têm ocorrido em contextos de investigação e não em contextos aplicados (i.e., os sujeitos são recrutados em cuidados de saúde ou cuidados para a infância, mas os instrumentos são administrados por investigadores treinados). Alguns estudos de implementação em contextos aplicados têm revelado resultados pouco consistentes com os estudos originais dos instrumentos, sugerindo que a sua utilização em contextos aplicados, e nomeadamente o seu preenchimento autónomo, pode produzir resultados diferentes (Rydz et al., 2006). O facto deste estudo ter utilizado um procedimento de admi-

nistração habitual em contextos aplicados (i.e., preenchimento autónomo) e de se encontrarem semelhanças com os resultados dos estudos originais traz uma segurança adicional na consideração do instrumento.

O PEDS tem sido utilizado e estudado em diversos países, revelando propriedades adequadas em diferentes línguas e culturas (Glascoe, 2013). Os resultados encontrados com a versão portuguesa do PEDS apontam também no sentido da sua adequação. A necessidade de adaptação do algoritmo de tomada de decisão para a população portuguesa deve ser explorada em estudos posteriores com utilização de um *gold standard* para a avaliação diagnóstica do desenvolvimento. Por outro lado, como reconhecido pela própria autora (Glascoe, 2002, 2003), a validade e acuidade do PEDS para a deteção de problemas de comportamento específicos deve continuar a ser explorada.

### **Reconhecimento de necessidades de apoio**

Diversas recomendações apontam a importância de assentar as interações com as famílias numa abordagem centrada na família (American Academy of Pediatrics et al., 2003). À luz desta abordagem, as intervenções devem ser disponibilizadas em função dos problemas, necessidades e prioridades identificados pela família (American Academy of Pediatrics et al., 2003). Neste contexto, a capacidade dos pais para reconhecerem problemas de desenvolvimento e comportamento tem sido alvo de discussão. Na verdade, vários autores têm apontado que o baixo reconhecimento parental de necessidades contribui para explicar as baixas taxas de utilização de serviços especializados (Ellingson et al., 2004; Teagle, 2002; Zwaanswijk et al., 2003). A investigação sobre o reconhecimento parental de necessidades tem utilizado de forma indiferenciada os termos *preocupação* e *problema* para explorar o papel da perceção parental acerca do ajustamento socio-emocional da criança para a procura de ajuda. Pelo contrário, as orienta-

ções para a vigilância de saúde infantil recomendam a recolha das preocupações parentais (Council on Children with Disabilities et al., 2006). Adicionalmente, instrumentos dirigidos a profissionais fazem a distinção entre preocupações e problemas, atribuindo-lhes diferentes níveis de gravidade (American Psychiatric Association, 1995). Contudo, não tem sido muito explorado se os pais atribuem significados diferentes a estes dois termos e se respondem de forma distinta quando são recolhidas as suas preocupações ou a sua perceção da existência de um problema.

Os resultados do estudo sobre reconhecimento de necessidades demonstram efetivamente que os pais atribuem significados diferentes aos termos preocupação e problema, com as preocupações a captar um leque mais abrangente de necessidades de intervenção. Adicionalmente, o termo preocupação parece ser menos sensível à dificuldade dos pais para distinguirem entre comportamentos normativos e patológicos ou às suas crenças relativas à trajetória provável dos problemas de comportamento. Desta forma, uma percentagem importante de pais relata preocupações mesmo perante comportamentos com uma intensidade/frequência dentro de limites normativos, ao passo que uma percentagem elevada não atribui a presença de problemas/dificuldades mesmo perante comportamentos com uma intensidade/frequência acima dos limiares subclínico ou clínico. O valor preditivo das estratégias de disciplina inconsistentes para o relato de preocupações acerca do comportamento sugere que o relato de preocupações poderá ser mais influenciado pela perceção de controlo dos pais do que o relato da existência de um problema/dificuldade. Finalmente, os pais parecem atribuir significados distintos a diferentes tipos de sintomas. Por um lado, os sintomas emocionais revelaram um contributo isolado para o relato de problemas/dificuldades. Por outro lado, embora existisse uma maior frequência de crianças com resultados acima do percentil 80 na escala de sintomas emocionais do que nas restantes, a proporção de pais que reportou preocupa-

ções com essas crianças (59%) foi inferior à proporção de pais que reportou preocupações em relação a crianças com resultados acima do percentil 80 na escala de problemas de conduta (72%).

Os resultados deste estudo têm algumas implicações para a detecção de necessidades e disponibilização de intervenções. Para começar, os resultados confirmam que os pais, tal como os clínicos, atribuem diferentes níveis de gravidade aos termos preocupação e problema. Contudo, o termo problema parece estar mais sujeito às dificuldades dos pais para diferenciarem comportamentos normativos e patológicos, levando a uma sub-identificação. Estes aspetos salientam claramente a necessidade de cuidado nos termos utilizados quando é feita a recolha da perceção dos pais acerca do comportamento da criança.

Os resultados encontrados indicam também que assentar a detecção precoce de problemas de comportamento apenas em classificações clínicas (categoriais ou dimensionais) poderá conduzir a uma abordagem demasiado centrada na patologia, não servindo verdadeiramente uma abordagem populacional à saúde mental infantil, nem cobrindo todo o espectro das necessidades de intervenção em saúde mental. Considerando que a taxa de detecção precoce de problemas de comportamento é muito baixa, alguns autores têm apontado a necessidade de implementar de forma alargada medidas de rastreio de problemas socio-emocionais e de comportamento (R. D. Briggs et al., 2012; Briggs-Gowan & Carter, 2008; Goodman, 2000b). Pelo contrário, as recomendações para a vigilância do desenvolvimento e comportamento sugerem a utilização regular de instrumentos de rastreio do desenvolvimento globais (i.e., incluindo os diversos domínios do desenvolvimento infantil) e a utilização de instrumentos de rastreio específicos para os problemas de comportamento apenas quando identificadas necessidades de exploração adicionais (Carter et al., 2004; Council on Children with Disabilities et al.,

2006; J. Foy, 2010; Squires & Nickel, 2003). Na verdade, os recursos consumidos com a utilização alargada de instrumentos de rastreio de problemas de comportamento (Goodman, 2000b) e os obstáculos encontrados à utilização de qualquer instrumento de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento (Regalado & Halfon, 2001) tornam pouco provável a adoção de instrumentos específicos de forma universal. Os resultados deste estudo fornecem suporte adicional para uma abordagem ao rastreio de problemas de comportamento por etapas, apoiada na recolha sistemática das preocupações parentais. Com efeito, a utilização das preocupações parentais permitirá identificar uma proporção elevada de crianças com problemas de comportamento subclínicos ou clínicos e também as famílias que se debatem com dificuldades na gestão dos comportamentos normativos da criança, potenciando a disponibilização de intervenções de acordo com o nível de necessidades.

Finalmente, na medida em que as preocupações dos pais distinguem entre diferentes níveis de intensidade/frequência de sintomas, os profissionais não devem desvalorizar as preocupações dos pais mesmo quando as consideram normativas. Gross, Sambrook, e Fogg (1999) verificaram que o relato de problemas de comportamento pelos pais se associava a uma maior intensidade dos comportamentos da criança, menor auto-eficácia parental e maior utilização de estratégias de disciplina ineficazes. De forma consistente com o sugerido pelos autores, no nosso estudo o relato de preocupações acerca do comportamento da criança associou-se com a presença de comportamentos mais intensos, e eventualmente mais difíceis de tolerar pelos pais, e com uma maior frequência de utilização de disciplina inconsistentes. De acordo com a hipótese coerciva de Patterson (Granic & Patterson, 2006; Patterson & Fisher, 2002), estas crianças e estes pais estarão em maior risco de se envolverem em interações inadaptadas, com um potencial de agravamento dos problemas de comportamento dessas crianças. Desta for-

ma, a disponibilização de intervenções preventivas a estas famílias deverá constituir uma prioridade.

### **Implementação do protocolo de detecção precoce**

A combinação da vigilância e do rastreio do desenvolvimento e comportamento constitui a abordagem mais recomendada para melhorar a detecção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento. Embora tanto os cuidados de saúde quanto os contextos educativos agreguem um conjunto de características favoráveis à implementação do rastreio, nenhum destes contextos se constituiu já como um contexto universal para o rastreio sistemático de problemas de desenvolvimento e comportamento (O'Connell et al., 2009). Nos cuidados de saúde, têm sido identificadas inúmeras barreiras para a implementação de procedimentos de rastreio sistemáticos (Minkovitz et al., 1998; Sand et al., 2005). Um exemplo bastante evidente destas barreiras foram as dificuldades sentidas para a implementação deste projeto nos cuidados de saúde primários.

Nos cuidados para a infância, a monitorização do desenvolvimento infantil tem sido sobretudo garantida pela utilização de instrumentos não estandardizados (e.g., listas informais de marcos do desenvolvimento) e a utilização de instrumentos de rastreio tem estado sobretudo associada ao rastreio de preparação para a escolaridade. Tem sido sugerido que para melhorar a resposta às necessidades das famílias e maximizar as intervenções preventivas será necessário ir além dos contextos clínicos (Taylor & Biglan, 1998). Algumas iniciativas internacionais apoiaram a viabilidade de implementar sistemas de detecção precoce e rastreio a partir dos contextos educativos. Neste sentido, face às dificuldades sentidas nos cuidados de saúde, este projeto foi reorientado para os cuidados para a infância. A aplicação do protocolo de detecção precoce em contextos



de creche e jardim-de-infância infância permitiu-nos identificar as potencialidades e fragilidades desta abordagem.

Dos resultados obtidos no nosso estudo, começamos por destacar a elevada percentagem de pais que reportaram preocupações com o desenvolvimento e comportamento da criança. De forma contrastante, apenas uma pequena percentagem das crianças tinha um diagnóstico anterior ou estava já a receber intervenção especializada. Confrontando estes dados com a prevalência de problemas de desenvolvimento descrita nos estudos internacionais (Boyle et al., 1994), podemos constatar a existência de uma taxa de deteção precoce aquém do desejável. Se considerarmos que todas estas crianças frequentavam um contexto educativo, em que o seu desenvolvimento é monitorizado regularmente, podemos colocar a hipótese de a taxa de deteção precoce de problemas de desenvolvimento na comunidade ser ainda inferior. A situação encontrada em relação aos problemas de comportamento parece ser ainda mais preocupante: nenhuma criança cujos pais manifestaram preocupações não preditivas estava a receber intervenção e apenas um número residual de crianças com resultados no SDQ acima do percentil 90 estava a receber apoio de serviços especializados. O quadro encontrado reforça claramente a necessidade de melhorar a identificação das necessidades das famílias.

No que se refere ao protocolo de deteção precoce utilizado, verificou-se que permitia mapear um conjunto muito diverso de necessidades. Em relação aos pais que manifestaram preocupações não preditivas, foram identificadas necessidades de informação/aconselhamento em relação a um conjunto diverso de tópicos, permitindo dirigir as intervenções para necessidades de natureza muito específica. No caso dos pais com preocupações preditivas, o facto de partirmos das preocupações dos pais facilitou a abordagem às famílias e a exploração adicional do desenvolvimento das crianças. Contudo, foi sentida a necessidade de complementar a informação fornecida pelo PEDS

com informação fornecida por um instrumento de rastreio de segundo nível, baseado em marcos do desenvolvimento. Por um lado, essa informação tornaria a identificação das situações em que é necessário fazer exploração adicional mais eficaz. Com efeito, a utilização isolada do PEDS conduziu à necessidade de recolher mais informação em relação a cerca de 37% das crianças. Dessas, um quarto das situações revelou tratar-se de preocupações normativas. Por outro lado, dispor dos resultados de um instrumento de rastreio de segundo nível facilitaria a tomada de decisão e a abordagem aos pais, na medida em que permite distinguir melhor entre situações que precisam de avaliação diagnóstica imediata e situações que devem merecer uma vigilância mais apertada. Outros trabalhos também têm apontado que depender apenas de um único instrumento, baseado num tipo específico de informação, pode não ser suficiente para tomar decisões acerca das necessidades da família (Laura Sices, Stancin, Kirchner, & Bauchner, 2009).

Relativamente às situações em que foram identificadas necessidades de avaliação adicional e de encaminhamento, sentimos um conjunto de dificuldades. Para começar, quando foi estabelecido o protocolo de colaboração com as instituições de cuidados para a infância, foram discutidas as possibilidades de articulação com outros serviços. As instituições dispunham de assistente social e tinham um mapeamento de recursos na comunidade que nos pareceu uma mais-valia. Contudo, esses mecanismos de articulação não funcionam com o mesmo nível de sistematicidade nas diferentes instituições, evidenciando a necessidade de agilizar a articulação. Por outro lado, as referenciações que partem das instituições de cuidados para a infância nem sempre são consideradas pelos serviços de saúde, sendo por vezes desvalorizadas. Adicionalmente, os profissionais das instituições de cuidados para a infância manifestaram uma grande relutância em recomendar o encaminhamento para serviços especializados, apoiando-se frequente-

mente numa abordagem do tipo “esperar para ver”, o que indica a importância de desmistificar o significado de um encaminhamento e de uma avaliação adicional.

De uma forma geral, a implementação e os resultados obtidos com o protocolo de deteção precoce parecem apoiar a sua adequação para integrar uma abordagem de saúde pública à saúde mental infantil. A eficácia do protocolo implicará os refinamentos sugeridos acima (i.e., incluir um instrumento de rastreio de segundo nível, melhorar a articulação com outros serviços e reduzir a resistência ao encaminhamento). Por outro lado, é necessário explorar alternativas para a implementação do protocolo, nomeadamente recorrendo aos educadores de infância para a aplicação dos instrumentos de rastreio. A aplicação da segunda etapa do protocolo (i.e., esclarecimento das situações em que é identificado risco moderado ou elevado) terá de ser ajustada em função dos recursos locais.

### **Síntese**

Os resultados dos estudos dirigidos para a identificação de necessidades de intervenção sugerem não só a adequação do PEDS para o rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento com famílias portuguesas, mas também o valor acrescentado deste instrumento para o planeamento e disponibilização alargada de intervenções no âmbito da promoção da saúde mental infantil.

Embora o estudo de implementação do protocolo de deteção precoce tenha mostrado que a deteção de problemas de desenvolvimento beneficiará da combinação de instrumentos (i.e., o PEDS e um instrumento baseado em marcos do desenvolvimento), a disponibilização de intervenções preventivas parece ser claramente maximizada pela recolha sistemática das preocupações parentais. O PEDS não só permite a identificação de diferentes níveis de necessidades de intervenção (i.e., resposta a dificuldades norma-

tivas e a problemas subclínicos e clínicos), como permite aceder a uma grande diversidade de domínios específicos de necessidade (e.g., birras, comportamentos de oposição, inibição, agressividade, aprendizagem da higiene), mantendo uma característica essencial de um instrumento de rastreio: a sua brevidade. Os outros instrumentos de rastreio que reúnem os critérios de qualidade recomendados (e.g., *Ages & Stages Questionnaire*) não revelam esta versatilidade. Para começar, estão orientados apenas para a deteção de problemas e não de variações normativas, disponibilizando um resultado do tipo passa ou falha. Por outro lado, não prevêm a recolha de informação não estruturada, cingindo-se aos indicadores com maior valor preditivo para o desenvolvimento da criança. Por estas razões, não apoiam os profissionais na identificação de um leque mais diverso de necessidades de intervenção, não promovendo nomeadamente a disponibilização de intervenções como o aconselhamento antecipatório.

## **Desenvolvimento e Implementação de Intervenções**

A adoção de uma abordagem de saúde pública à saúde mental infantil fica completa quando a caracterização e identificação de necessidades conduz ao desenvolvimento e disponibilização de intervenções adequadas, que melhorem a saúde e o bem-estar da população geral e não apenas de grupos em maior risco. As intervenções parentais constituem claramente intervenções de referência na prevenção e tratamento dos problemas de desenvolvimento e comportamento. O grande desafio consiste em disponibilizar os elementos essenciais dessas intervenções de forma alargada. O programa “De Pequenino...” não pretendeu de maneira nenhuma substituir os programas de treino parental, mas sim testar uma alternativa menos exigente e, portanto, potencialmente mais generalizável a uma maior proporção da população.

A produção de materiais escritos tinha como objetivo inicial servir dois propósitos: disponibilizar informação baseada na evidência aos pais de crianças pequenas; proporcionar a diversos profissionais que trabalham de forma próxima com as famílias um banco de recursos de fácil utilização. Contudo, pelas vicissitudes já descritas, o estudo de implementação realizado não contemplou o segundo propósito.

### **Avaliação do impacto da intervenção**

Conforme esperado de uma intervenção desta natureza, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis relativas aos comportamentos parentais. Após a intervenção, verificaram-se diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo lista de espera nas escalas de envolvimento e encorajamento. Os pais do grupo de intervenção também reportaram contar histórias à criança mais frequentemente do que os pais do grupo lista de espera. Embora no momento pré-intervenção se verificasse uma frequência elevada destes comportamentos em ambos os grupos, criando a possibilidade de um efeito teto, as mudanças em cada um dos grupos parecem explicar as diferenças encontradas. A observação dos dados descritivos sugere que essas diferenças se ficarão a dever a uma manutenção dos comportamentos no grupo de intervenção e redução no grupo lista de espera. A intervenção pode, portanto, ter constituído uma pista que reforçou práticas já adotadas pelos pais. No que se refere às diferenças em cada grupo do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção, o grupo de intervenção revelou um aumento na utilização da estratégia de isolamento e uma diminuição na utilização das ameaças. Os pais deste grupo também evidenciaram gritar mais frequentemente para corrigir o comportamento da criança.

Apesar do caráter modesto e frágil destes resultados, os comportamentos específicos em que se evidenciaram diferenças fornecem algum encorajamento para continuar

a investir nesta modalidade de intervenção por três motivos principais. Em primeiro lugar, a literatura tem apontado sistematicamente o efeito positivo do encorajamento e do envolvimento parental em atividades partilhadas no desenvolvimento e adaptação socio-emocional da criança (Pettit et al., 1997; Russell & Russell, 1996). Alguns autores sugeriram mesmo que a promoção desses comportamentos constituiria uma vacina comportamental (Embry, 2004; Shapiro, 2013). Adicionalmente, a estratégia de isolamento foi identificada como um dos ingredientes associados a melhores efeitos das intervenções parentais (Kaminski et al., 2008).

Em segundo lugar, os estudos de caracterização destacaram o efeito do envolvimento em atividades partilhadas e das estratégias de disciplina inconsistentes e revelaram a baixa frequência de utilização do isolamento, indicando o seu potencial de mudança. O terceiro motivo decorre dos anteriores e prende-se com a organização da própria intervenção. Na verdade, os domínios em que se encontraram diferenças correspondem a apostas centrais do programa. No processo de produção dos materiais escritos, foi dado um destaque particular ao envolvimento e encorajamento – dois dos quatro Rs salientados pelo programa – nomeadamente através da sugestão de atividades que os pais poderiam desenvolver com a criança e do tema especial acerca da promoção da literacia precoce. Por outro lado, procurámos enfatizar o papel da estrutura e consistência e proporcionar aos pais estratégias específicas para regular o comportamento da criança. Portanto, os resultados encontrados parecem apoiar a importância de selecionar um número restrito de mensagens essenciais para as intervenções de base universal, em vez de intervir em todos os aspetos contemplados nas intervenções parentais empiricamente validadas.

Uma nota ainda para os indicadores de impacto utilizados. A decisão quanto aos instrumentos a integrar num protocolo de avaliação é naturalmente orientada por um

conjunto de critérios importantes, nomeadamente por critérios de parcimónia. Desta forma, optou-se por integrar um instrumento de problemas de comportamento, um instrumento de desenvolvimento, um instrumento relativo ao sono e um instrumento de práticas parentais. Independentemente das qualidades ou limitações de cada um desses instrumentos, discutidas noutras secções, a escolha dos indicadores e instrumentos a utilizar em abordagens de base universal revela-se uma tarefa difícil, que desencadeia respostas apenas parciais ou limitadas. Na verdade, na avaliação deste tipo de intervenções seria essencial considerar um leque mais diversificado de indicadores positivos, como as competências socio-emocionais da criança (e.g., capacidade de auto-regulação), a auto-regulação e auto-eficácia parentais ou a literacia em desenvolvimento infantil dos pais. A perceção parental de dificuldades quotidianas ou o stress parental seriam também indicadores importantes e, eventualmente, com resultados mais imediatos. Contudo, não só a integração de todos estes indicadores violaria o pressuposto da parcimónia, como trazia o desafio adicional de encontrar instrumentos devidamente validados para a população portuguesa. Desta forma, o conjunto de indicadores e instrumentos selecionado pode não ter sido o mais adequado à identificação de efeitos de uma intervenção desta natureza, mas foi o conjunto possível.

### **Avaliação do processo de implementação**

Alguns autores têm chamado a atenção para a necessidade de reconceitualizar a forma como se avalia o efeito das intervenções preventivas. Para começar, é salientada a importância de adotar uma abordagem centrada na família no momento de eleger os indicadores de impacto, indo além dos resultados da criança e incorporando as perspetivas das famílias (Carpenter, 2007). Por outro lado, dado que os efeitos deste tipo de intervenções podem ser mais demorados e diluídos no tempo, torna-se essencial avaliar

indicadores de processo como a disponibilidade, a acessibilidade, o alcance, a acomodação às necessidades das famílias, a aceitação e a viabilidade em termos de recursos financeiros, humanos e tempo (Carpenter, 2007; Nutbeam, 1998). Considerando estes indicadores, é possível perspetivar a importância e potencial do tipo de abordagem proposto.

A abordagem que utilizámos permitiu identificar e dar alguma resposta a um conjunto alargado de necessidades das famílias, com um esforço mínimo por parte dos pais, já que foi disponibilizada num contexto integrado no seu quotidiano. Conforme verificado no primeiro ensaio com o PEDS, a maioria dos pais considerou o PEDS fácil e rápido de preencher (Goes & Barros, 2011). Embora a taxa de devolução do instrumento no estudo de implementação fosse relativamente baixa, é equivalente à encontrada noutros estudos de implementação de metodologias de rastreio (Rydz et al., 2006; Schonwald et al., 2009). Para além disso, um instrumento como o PEDS permitiu identificar um conjunto diversificado de necessidades e preocupações, promovendo uma abordagem mais global às necessidades das famílias em vez de uma abordagem centrada na patologia. Desta forma, o contexto de implementação e o instrumento de deteção utilizado foram os primeiros passos para garantir a disponibilidade, acessibilidade e acomodação. A avaliação feita pelas famílias aos materiais disponibilizados constitui um indicador importante da sua aceitação.

A modalidade de intervenção utilizada permitiu contornar uma parte dos constrangimentos habituais ao envolvimento em intervenções parentais, como o receio de estigmatização e as dificuldades de natureza logística. Contudo, o alcance da intervenção é difícil de avaliar. A taxa de devolução da avaliação pós-intervenção foi extremamente baixa, mas constitui um indicador insuficiente do alcance. Não só os pais que devolveram podem não ter feito uso dos materiais disponibilizados, embora os comentá-



rios descritivos contrariem esta possibilidade, como os pais que não devolveram poderão ter utilizado os materiais escritos que receberam. De qualquer forma, podemos assumir que este é um desafio não ganho. As taxas de participação dos pais em programas preventivos é muito variável (Heinrichs et al., 2005; R J Prinz et al., 2001) e, em programas de base universal, as taxas de recrutamento descritas são tendencialmente mais baixas, não ultrapassando muitas vezes os 30% (Heinrichs et al., 2005; Zubrick et al., 2005). Conforme referido por Rapee (2008), na medida em que os programas preventivos, por definição, pretendem minimizar as dificuldades antes que produzam uma perturbação significativa, a motivação para o envolvimento é tipicamente muito baixa. A modalidade de disponibilização da intervenção por si só não é suficiente para aumentar o envolvimento dos pais. Por outro lado, muitas das estratégias apontadas na literatura para a promoção do envolvimento dos pais nas intervenções só são aplicáveis a formatos de disponibilização presencial. Para além disso, sabe-se pouco sobre o seu efeito em intervenções preventivas de natureza universal (Spoth & Redmond, 2000).

Relativamente à viabilidade da abordagem utilizada, não foi feita uma avaliação dos custos. De qualquer forma, é possível fazer uma estimativa grosseira a partir dos elementos conhecidos acerca do PEDS e do processo de implementação adotado. Na sua forma original, os materiais do PEDS têm um custo aproximado de 15 a 30 centavos por administração. Acresce a este valor o tempo despendido na cotação do instrumento, aproximadamente dois a cinco minutos por formulário, na preparação de informação de retorno para os pais, na seleção da intervenção a disponibilizar e na organização dos materiais para enviar às famílias. Finalmente, é preciso considerar os custos de impressão das próprias brochuras. Embora possam parecer muitas parcelas a somar, os custos desta abordagem serão semelhantes aos de muitas abordagens não validadas uti-

lizadas habitualmente na vigilância de saúde infantil e nos cuidados para a infância. Serão certamente inferiores aos de outros programas de base universal.

Outra questão importante a considerar é a sustentabilidade. A abordagem que utilizámos é certamente mais facilmente generalizável do que outros programas empiricamente validados, na medida em que não implica uma formação intensiva nem a integração de especialistas específicos para a sua implementação. Na verdade, embora o processo de implementação tenha sido assegurado pela investigadora, os seus elementos não são distintos de tarefas que habitualmente são assumidas por educadoras de infância e profissionais dos cuidados de saúde primários, embora de uma forma menos sistemática. Aliás, o envolvimento dos profissionais dos cuidados para a infância e dos cuidados de saúde primários tem sido apontado como essencial para melhorar o alcance das intervenções parentais (Shapiro, Prinz, & Sanders, 2012). Desafiar estes profissionais a integrarem nas suas práticas habituais uma abordagem mais sistemática, assente em instrumentos estruturados para a identificação de necessidades, em fluxogramas de apoio à tomada de decisão e no fornecimento de informação e aconselhamento baseados na evidência é certamente o próximo passo.

Apesar das potencialidades desta abordagem, é importante reter que ela não pretende ser um substituto de outras abordagens empiricamente validadas, mas antes uma das formas de melhorar a disponibilização de informação empiricamente validada às famílias. A proposta de intervenção avaliada neste trabalho deve ser entendida como uma das formas de intervenção passível de ser disponibilizada no âmbito do espectro das intervenções em saúde mental, no ponto do contínuo dirigido às famílias com necessidades normativas ou moderadas de intervenção.

## Integração de Resultados

O papel central dos pais para melhorar o apoio e os serviços disponibilizados no âmbito da promoção da saúde mental infantil é claramente o elemento que une todos os estudos que compõem este trabalho. No âmbito da caracterização de necessidades, foi possível isolar o contributo independente de alguns comportamentos parentais específicos para o ajustamento socio-emocional e qualidade do sono da criança. De acordo com os resultados dos três estudos apresentados, as dificuldades dos pais na regulação dos comportamentos mais globais da criança influenciam não só a sua adaptação socio-emocional como também o seu sono. O papel de estratégias de disciplina inconsistentes e severas foi destacado nos diferentes estudos. A importância de analisar as especificidades dos efeitos dos comportamentos parentais ficou bem patente com os resultados encontrados.

No contexto da identificação de necessidades de intervenção, foi apontada a adequação da versão portuguesa do PEDS para o rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento e destacado o valor acrescentado das preocupações parentais em geral, e do PEDS em particular, para a identificação de necessidades e disponibilização de intervenções. No futuro, será importante esclarecer a necessidade de adaptar o algoritmo de tomada de decisão do PEDS para a população portuguesa. Por outro lado, a investigação deve continuar a investir na identificação dos fatores que influenciam o surgimento e manifestação de preocupações parentais, explorando nomeadamente o papel da perceção de controlo e auto-eficácia parental. Será também essencial compreender a estabilidade das preocupações parentais e a forma como as intervenções as influenciam.

De forma consistente com esses dois aspetos, emerge também a importância de disponibilizar informação baseada na evidência aos pais de crianças pequenas. O poten-

cial dos primeiros anos de vida para as intervenções parentais tem sido fundamentado no desenvolvimento cerebral (Shonkoff & Phillips, 2000), nos desafios que os pais enfrentam relacionados com o aumento da autonomia da criança (Tremblay et al., 2005) e na estabilidade dos problemas de comportamento da idade pré-escolar para fases posteriores da vida da criança (Briggs-Gowan et al., 2006; Carter et al., 2004; Lavigne et al., 1998). A frequência elevada de pais que manifestou preocupações com o comportamento ou adaptação socio-emocional da criança vai ao encontro desta necessidade de disponibilizar informação de forma mais alargada. Por outro lado, as discrepâncias encontradas entre os resultados no SDQ e as preocupações parentais reforça a necessidade de apoiar todos os pais e não apenas aqueles cujas crianças apresentam níveis sub-clínicos ou clínicos de problemas de comportamento. Finalmente, a satisfação manifestada pelos pais em relação aos materiais escritos disponibilizados suporta também a importância de desenvolver abordagens sistemáticas ao desenvolvimento e comportamento da criança pequena, assentes numa lógica de disponibilização universal. A identificação dos “ingredientes ativos” destas intervenções é essencial para a adoção de uma abordagem de saúde pública à saúde mental infantil custo-efetiva.

## Limitações

Este trabalho apresenta três grandes conjuntos de limitações. Um primeiro conjunto diz respeito ao desenho. O desenho transversal dos estudos de caracterização e identificação de necessidades de intervenção inviabiliza a análise da direção das associações, ficando por esclarecer em que sentido é que os comportamentos parentais e os indicadores de adaptação socio-emocional da criança se associam. Por outro lado, impede também a análise do processo de reconhecimento de problemas: foi evidenciado que os pais atribuem significados diferentes aos termos preocupação e problema, mas

não foi possível explorar se constituirão diferentes pontos de um contínuo de reconhecimento e procura de ajuda. No que se refere ao estudo de avaliação do programa, a distribuição não aleatória dos participantes pelos grupos de intervenção e lista de espera constitui também uma limitação importante.

Um segundo conjunto diz respeito às medidas utilizadas. Para começar, a falta de instrumentos concisos para avaliação de todas as dimensões que pretendíamos avaliar levou-nos a optar por desenvolver dois instrumentos orientados para os objetivos específicos deste estudo. A grande desvantagem desta decisão é o facto de dispormos de pouca informação acerca das qualidades dos instrumentos. Contudo, a consistência encontrada entre os resultados dos diferentes estudos parece fornecer uma evidência adicional da sua adequação. Por outro lado, a alternativa seria adotar vários instrumentos diferentes, opção que considerámos arriscada pela dimensão com que o protocolo de investigação ficaria. Considerando as dificuldades sentidas no recrutamento e manutenção dos pais no processo de investigação, esta preocupação terá sido provavelmente realista.

No domínio das medidas, destacamos ainda a necessidade de incluir outros informadores em estudos futuros. Na verdade, o facto de todas as medidas derivarem de informação disponibilizada pelos pais não só levanta o problema da desejabilidade social como a possibilidade de parte das associações encontradas se ficarem a dever ao facto de a informação ser proveniente do mesmo informador. A recolha de informação junto de sujeitos que observam a criança noutros contextos é essencial para explorar eventuais efeitos da restrição de contextos e situações em que os pais observam a criança e para diferenciar o carácter contextual de alguns comportamentos da criança. Por outro lado, a observação direta das interações pais-criança permite controlar os efeitos da desejabilidade social bem como dos significados atribuídos pelos pais aos compor-

tamentos da criança e aos seus próprios comportamentos. Finalmente, será necessário contemplar a administração direta de instrumentos de avaliação do desenvolvimento.

Uma outra limitação relacionada com as medidas prende-se com as características das variáveis. Na verdade, o facto de os resultados não se aproximarem de uma distribuição normal, mesmo depois de tentadas várias transformações, limitou fortemente o tipo de análises que foi possível levar a cabo.

Um terceiro conjunto de limitações relaciona-se com a amostra. Para começar, a taxa de participação ficou muito abaixo do desejável, colocando constrangimentos às conclusões que se podem retirar a partir dos resultados encontrados. Embora uma percentagem considerável de pais tenha manifestado interesse em participar no estudo, a percentagem dos que efetivamente devolveram os questionários ficou muito aquém da adesão inicial. Na avaliação pós-intervenção, a perda de sujeitos foi verdadeiramente dramática. Estas dificuldades apontam claramente a necessidade de adotar medidas para promover a adesão e manutenção dos pais na investigação. Por outro lado, o envolvimento das educadoras de infância no projeto influenciou claramente a devolução dos questionários. Finalmente, a discrepância entre a percentagem de pais que deu o seu consentimento e que devolveu os questionários sugere que uma das barreiras à participação terá sido o tempo implicado no preenchimento do protocolo de investigação. Este aspeto salienta claramente a importância de manter a dimensão dos protocolos dentro de limites razoáveis e apoia também a necessidade de dispor de medidas provenientes de outros informadores, para diversificar as possibilidades de obter dados acerca das crianças.

Para além dos aspetos relacionados com a adesão, as características sociodemográficas dos participantes, especificamente o nível educacional dos pais, também colocam constrangimentos à validade dos resultados. Embora a distribuição do nível educa-

cional não fosse muito equilibrada, representando mais os pais com nível educacional mais elevado, essa distribuição parece seguir a tendência de aumento do número de anos de escolaridade encontrada na população portuguesa

([http://www.epis.pt/downloads/12\\_03\\_2013apresentacao.pdf](http://www.epis.pt/downloads/12_03_2013apresentacao.pdf)).





# Considerações Finais

Ao longo das últimas décadas, os indicadores tradicionais para a monitorização da saúde infantil alcançaram progressos sem precedentes. Portugal não é exceção a esta tendência (Direção-Geral da Saúde & Alto Comissariado da Saúde, 2012). Adotando uma abordagem holista à saúde infantil, importa considerar indicadores relativos à saúde mental para avaliar o estado de saúde das crianças. Contudo, em contraste com os indicadores de saúde física, os indicadores de saúde mental infantil têm revelado alguma estagnação ou mesmo agravamento (Kelleher et al., 2000). Desta forma, os problemas de desenvolvimento e comportamento foram mesmo designados de “nova morbilidade” (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001; American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993).

Tem sido apontado que a alteração das taxas de prevalência de problemas de desenvolvimento e comportamento implicará ir além de abordagens clínicas e fragmentadas à saúde mental infantil e adotar uma abordagem de saúde pública (Costello & Angold, 2000; Miles et al., 2010; T. Taylor & Biglan, 1998). De acordo com esta abordagem, apoiar a saúde mental infantil implicará reduzir a proporção de crianças em risco que desenvolvem problemas de saúde mental, mas também melhorar a saúde mental de todas as crianças (Miles et al., 2010; O’Connell et al., 2009). Há, portanto, um foco

na população geral, na prevenção de problemas e promoção do desenvolvimento saudável e nos determinantes modificáveis, nomeadamente através da criação de ambientes (e.g., família) que promovam e apoiem a saúde mental infantil (Miles et al., 2010). Neste sentido, deve ser disponibilizado um conjunto alargado de serviços organizados de acordo com as necessidades das crianças e das famílias e baseados nas comunidades em que as famílias se movem.

Considerando o papel central dos primeiros anos de vida para a saúde e bem-estar das crianças, os programas e estratégias de saúde dos países incluem cada vez mais objetivos dirigidos para a melhoria do desenvolvimento e adaptação socio-emocional das crianças pequenas. Por exemplo, o *Healthy People 2020* elegeu os seguintes objetivos prioritários para a infância: aumentar a proporção de pais que usam uma parentalidade positiva; aumentar a proporção de crianças que tem uma boa qualidade de sono. Estes objetivos refletem uma preocupação com a saúde global da criança e com a alteração dos parâmetros de saúde da população geral e não apenas de subgrupos em risco.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde & Alto Comissariado da Saúde, 2012) salienta os primeiros anos de vida e a importância de promover a relação pais-criança. No âmbito da saúde mental, a descrição das recomendações de intervenção apenas foca a importância de prevenir a depressão infantil. Por outro lado, não são enumeradas quaisquer metas nem descritos indicadores de monitorização específicos. Também o Programa Nacional para a Saúde Mental (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007) reconhece a importância de dar prioridade à saúde mental infantil e de investir em estratégias de promoção, prevenção e intervenção precoces, nomeadamente através da promoção das competências parentais e relação pais-criança. Para além de objetivos de caráter organi-

zacional, o programa recomenda que sejam implementados programas de prevenção dirigidos para grupos de risco.

A um nível mais próximo das práticas dos profissionais, destacamos o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013). Este programa destaca a necessidade de melhorar a deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento, mas não fornece recomendações consistentes com as da literatura internacional nem tão pouco as ferramentas necessárias para alcançar esse resultado. Aliás, recomenda a utilização de uma grelha de marcos do desenvolvimento não validada. Paralelamente, enfatiza o papel fulcral do aconselhamento antecipatório, mas destaca apenas alguns tópicos, não necessariamente fundamentados na evidência, e não as mensagens específicas ou estratégias em que o aconselhamento se deve materializar.

Qualquer um destes documentos oficiais evidencia uma preocupação com a saúde mental infantil por parte das estruturas relacionadas com o planeamento em saúde em Portugal. Contudo, nenhum destes documentos reflete verdadeiramente uma abordagem de saúde pública à saúde mental infantil. Para começar, os objetivos e recomendações estabelecidos não foram guiados por dados relativos à saúde mental infantil e respetivos determinantes no contexto português nem está estabelecido qualquer sistema de monitorização ou vigilância que permita o acompanhamento da situação<sup>13</sup>. Assim, por muito que estejam fundamentados em evidência empírica internacional, não se conhece a sua adequação à situação portuguesa nem é possível monitorizar os progressos. Por outro lado, não há um foco populacional nas recomendações relativas à intervenção. Finalmente, a falta de especificidade dos objetivos não favorece o estabelecimento de prioridades nem tão pouco a adoção de uma abordagem integrada à saúde mental infantil.

---

<sup>13</sup> O Inquérito Nacional de Saúde (Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009) não recolhe dados desta natureza. Os próprios indicadores de avaliação do Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde & Alto Comissariado da Saúde, 2012) também não contemplam a saúde mental infantil.

Em conjunto, os exemplos destacados revelam alguma dificuldade em transportar para as medidas e políticas oficiais práticas baseadas na evidência (independentemente do seu reconhecimento) e, especificamente, na evidência decorrente de estudos realizados no contexto português. O trabalho aqui apresentado ilustra o valor acrescentado de adotar os procedimentos da saúde pública para o desenvolvimento de uma abordagem integrada à saúde mental infantil. Os estudos de caracterização reforçaram a importância de práticas parentais específicas para a adaptação socio-emocional da criança e apontaram algumas apostas para o desenvolvimento de intervenções dirigidas à sistematização de algumas práticas parentais. Por outro lado, apoiaram também a necessidade de apostar em intervenções abrangentes, com uma cobertura alargada da população, cujo nível de especificidade deve aumentar de acordo com o nível de risco para que se dirigem. Os estudos relativos à identificação de necessidades apoiaram a adequação do PEDS para o contexto português e destacaram o papel das preocupações parentais para a deteção precoce de problemas de comportamento e também para a identificação das necessidades mais globais das famílias. A implementação do protocolo de deteção precoce e do programa de intervenção revelou uma grande proporção de famílias a manifestarem necessidades de intervenção, salientando a importância de apostar em intervenções de base universal, dirigidas à população em geral, e não apenas em intervenções dirigidas a grupos de risco. Ficou também patente a viabilidade de sistematizar o papel dos cuidados para a infância no desenvolvimento de uma abordagem de saúde pública à saúde mental infantil.

Alcançar progressos ao nível da saúde mental infantil depende do desenvolvimento, implementação e disseminação de iniciativas integradas desenhadas para reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção, de acordo com as necessidades específicas de cada comunidade. O desafio será criar comunidades que promovem o

desenvolvimento saudável através de diversas fontes de suporte e cuidados. No nosso contexto, a adoção de uma abordagem de saúde pública à saúde mental infantil pode enfrentar desafios adicionais. De forma contrastante com o que já acontece noutros países, em Portugal não estão ainda estabelecidos mecanismos sistemáticos de recolha de dados de caracterização do desenvolvimento e adaptação socio-emocional infantil. Por outro lado, não estão instituídos mecanismos sistemáticos, integrados e apoiados na evidência, para a promoção da deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento e das necessidades das famílias. Assim, apesar do reconhecimento da importância da saúde mental infantil patente em documentos oficiais, corre-se o risco de manter uma abordagem fragmentada e essencialmente clínica à saúde mental infantil. À nossa pequena escala, um dos passos seguintes será a divulgação dos resultados deste trabalho junto de atores relevantes para a promoção do desenvolvimento e saúde mental infantil.



# Referências Bibliográficas

## A

- 
- Achenbach, T. M., Edelbrock, C., & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3- year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629–650. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Entrez/query?db=m&form=6&dopt=r&uid=0003437096>
- Adair, R., Bauchner, H., Philipp, B., Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). Night waking during infancy: role of parental presence at bedtime. *Pediatrics*, 87(4), 500–504.
- Adair, R., Zuckerman, B., Bauchner, H., Philipp, B., & Levenson, S. (1992). Reducing night waking in infancy: a primary care intervention. *Pediatrics*, 89(4 Pt 1), 585–588.
- Adam, E. K., Snell, E. K., & Pendry, P. (2007). Sleep timing and quantity in ecological and family context: a nationally representative time-diary study. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 4–19. doi:10.1037/0893-3200.21.1.4
- Adams, L. A., & Rickert, V. I. (1989). Reducing bedtime tantrums: comparison between positive routines and graduated extinction. *Pediatrics*, 84(5), 756–761. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/84/5/756>
- American Academy of Pediatrics. (1999). Toilet Training Guidelines: Clinicians—The Role of the Clinician in Toilet Training. *Pediatrics*, 103(6 Supplement), 1364–1366.
- American Academy of Pediatrics. (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*, 111(6 supp 2), 1541–1571. Retrieved from <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/12777595>
- American Academy of Pediatrics. (2010). Supplemental Appendix S12: Mental Health Screening and Assessment Tools for Primary Care. *Pediatrics*, 125(Supplement 3), S173–S192. doi:10.1542/peds.2010-0788R

- American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care, & Institute for Family-Centered Care. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3), 691–696. Retrieved from <http://elibrary.ru/item.asp?id=7783494>
- American Academy of Pediatrics, & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2001). The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. *Pediatrics*, 108(5), 1227–1230. doi:10.1542/peds.108.5.1206
- American Academy of Pediatrics, & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1993). The pediatrician and the “new morbidity.” *Pediatrics*, 92(5), 731. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/92/5/731.full.pdf>
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual* (2nd ed.). Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine. doi:0965722023
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: primary care version (DSM-IV-PC)* (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Anders, T. F., & Eiben, L. A. (1997). Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 9–20. doi:10.1097/00004583-199701000-00012
- Angold, A., Costello, E. J., Farmer, E. M., Burns, B. J., & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(2), 129–137. doi:10.1097/00004583-199902000-00011
- Angold, A., & Egger, H. L. (2007). Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(10), 961–6. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01832.x
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88(1), 75–80. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1508410&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>



- Arcia, E., & Fernandez, M. C. (2003). From awareness to acknowledgement: the development of concern among Latina mothers of children with disruptive behaviors. *Journal of Attention Disorders*, 6(4), 163–175. doi:10.1177/108705470300600403
- Armstrong, M., & Goldfeld, S. (2004). *Good beginnings for young children and families: a feasibility study*. Wodonga, Victoria.
- Armstrong, M., & Goldfeld, S. (2008). Systems of early detection in Australian communities: the use of a developmental concern questionnaire to link services. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 36–42.
- Arndorfer, R., Allen, K., & Aljazeera, L. (2000). Behavioral health needs in pediatric medicine and the acceptability of behavioral solutions: Implications for behavioral psychologists. *Behavior Therapy*, 30(1), 137–148. doi:10.1016/S0005-7894(99)80050-1
- Arnold, C., Davis, T., Frempong, J., Humiston, S., Bocchini, A., Kennen, E., & Lloyd-Puryear, M. (2006). Assessment of newborn screening parent education materials. *Pediatrics*, 117(5 Pt 2), S320–S325. doi:10.1542/peds.2005-2633L
- Arnold, D. S., O’Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137–144. doi:10.1037//1040-3590.5.2.137
- Aunola, K., & Nurmi, J.-E. (2005). The role of parenting styles in children’s problem behavior. *Child Development*, 76(6), 1144–1159. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x-i1

## B

- 
- Bailey, A., Phillips, W., & Rutter, M. (1996). Autism: Towards an Integration of Clinical, Genetic, Neuropsychological, and Neurobiological Perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 89–126. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01381.x
- Barajas, R. G., Martin, A., Brooks-Gunn, J., & Hale, L. (2011). Mother-child bed-sharing in toddlerhood and cognitive and behavioral outcomes. *Pediatrics*, 128(2), e339–47. doi:10.1542/peds.2010-3300
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296–3319. doi:10.1111/j.1467-8624.1996.tb01915.x

- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. (D. Update, Ed.) *British Journal Of General Practice*, 52(476), 223–233.
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., & Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(3), CD003680. doi:10.1002/14651858.CD003680.pub2.
- Barlow, J., Tennant, R., Goens, C., Stewart-Brown, S., & Day, C. (2007). A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health*, 6(1), 25–32. doi:10.1108/17465729200700005
- Barnett, S. W. (1995). Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The Future of Children*, 5(3), 25–50.
- Barrera, M., & Sandler, I. (2006). Prevention: A report of progress and momentum into the future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(3), 221–226. doi:10.1111/j.1468-2850.2006.00028.x
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8871418>
- Bates, J., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 34(5), 982–995. doi:10.1037/0012-1649.34.5.982
- Bates, J., Viken, R. J., Alexander, D. B., Beyers, J., & Stockton, L. (2002). Sleep and adjustment in preschool children: sleep diary reports by mothers relate to behavior reports by teachers. *Child Development*, 73(1), 62–74. doi:10.1111/1467-8624.00392
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1–103. doi:10.1037/h0030372
- Baumrind, D. (1993). The average expectable environment is not good enough: A response to Scarr. *Child Development*, 64(5), 1299–1317. doi:10.1111/j.1467-8624.1993.tb02954.x

- Bayer, J. K., Hiscock, H., Morton-Allen, E., Ukoumunne, O. C., & Wake, M. (2007). Prevention of mental health problems: rationale for a universal approach. *Archives of Disease in Childhood*, 92(1), 34–8. doi:10.1136/adc.2006.100776
- Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Price, A., & Wake, M. (2008). Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(11), 1166–74. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01943.x
- Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Scalzo, K., & Wake, M. (2010). Three-year-old outcomes of a brief universal parenting intervention to prevent behaviour problems: randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 95(3), 187–192. doi:10.1136/adc.2009.168302
- Bayer, J. K., Ukoumunne, O. C., Lucas, N., Wake, M., Scalzo, K., & Nicholson, J. M. (2011). Risk factors for childhood mental health symptoms: national longitudinal study of Australian children. *Pediatrics*, 128(4), e865–79. doi:10.1542/peds.2011-0491
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellstrom, T. (2003). *Epidemiologia básica*. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Bell, B., & Belsky, J. (2008). Parents, parenting, and children's sleep problems: Exploring reciprocal effects. *British Journal of Developmental Psychology*, 26(4), 579–593. doi:10.1348/026151008X285651
- Bell, J., & Zimmerman, F. J. (2010). Shortened nighttime sleep duration in early life and subsequent childhood obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(9), 840–5. doi:10.1001/archpediatrics.2010.143
- Berge, J. M., Wall, M., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 331–338. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.08.004
- Bergman, D. (2004). *Screening for behavioral developmental problems: issues, obstacles, and opportunities for change*. Portland, ME.
- Bertrand, J., Williams, R., & Ford-Jones, L. (2008). Social paediatrics and early child development—the practical enhancements: Part 2. *Paediatrics & Child Health*, 13(10), 857–861. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603506/>

- Bethell, C., Peck, C., & Schor, E. (2001). Assessing health system provision of well-child care: The Promoting Healthy Development Survey. *Pediatrics*, 107(5), 1084–1094. doi:10.1542/peds.107.5.1084
- Bethell, C., Peck Reuland, C. H., Halfon, N., & Schor, E. I. (2004). Measuring the quality of preventive and developmental services for young children: National estimates and patterns of clinician's performance. *Pediatrics*, 113(6 (suppl)), 1973–1983. doi:10.1542/peds.113.6.S1.1973
- Bordeleau, S., Bernier, A., & Carrier, J. (2012). Longitudinal Associations Between the Quality of Parent–Child Interactions and children's sleep at preschool age. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 254–62. doi:10.1037/a0027366
- Boston University School of Medicine Healthy Steps Training Team, Independent Production Fund, & Toby Levine Communications. (2007). *Healthy Steps interactive multimedia training & resource kit*. Boston: The Independent Production Fund, Toby Levine Communications, Inc., and the Boston University School of Medicine Department of Pediatrics.
- Boyle, C. A., Decouflé, P., & Yeargin-Allsopp, M. (1994). Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children. *Pediatrics*, 93(3), 399–403. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0028157593&partnerID=40&md5=7d567b98a69ca93ebfd1d89b33b9f0d5>
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., McAdoo, H. P., & Coll, C. G. (2001). The home environments of children in the United States part I: variations by age, ethnicity, and poverty status. *Child Development*, 72(6), 1844–67. doi:10.1111/1467-8624.t01-1-00382
- Bradley, R. H., Whiteside, L., Mundfrom, D. J., Casey, P. H., Kelleher, K. J., & Pope, S. K. (1994). Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development*, 65(2 Spec No), 346–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8013226>
- Brazelton, B., Christophersen, E., Frauman, A., Gorski, P., Poole, J., Stadtler, A., & Wright, C. (1999). Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics*, 103(6 Supplement), 1353–1358. Retrieved from [http://pediatrics.aappublications.org/content/103/Supplement\\_3/1353.short](http://pediatrics.aappublications.org/content/103/Supplement_3/1353.short)
- Bricker, D., & Squires, J. (1999). *Ages and Stages Questionnaire: a parent-completed, child-monitoring system*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.

- Briggs, R. D., Stettler, E. M., Silver, E. J., Schrag, R. D., Nayak, M., Chinitz, S., & Racine, A. D. (2012). Social-emotional screening for infants and toddlers in primary care. *Pediatrics*, *129*(2), e377–84. doi:10.1542/peds.2010-2211
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, *54*(1), 106–148. doi:10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, *121*(5), 957–962. doi:10.1542/peds.2007-1948
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(7), 849–858. doi:10.1097/01.chi.0000220849.48650.59
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2- year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(7), 811–819. doi:10.1097/00004583-200107000-00016
- Brody, G. H., & Flor, D. L. (1998). Maternal resources, parenting practices, and child competence in rural, single-parent African American families. *Child Development*, *69*(3), 803–816. doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06244.x
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 1, Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793–828). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericzén, M. J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: opportunities for cross-fertilization. *Clinical child and family psychology review*, *9*(3-4), 181–200. doi:10.1007/s10567-006-0010-4
- Brotman, L. M., Klein, R. G., Kamboukos, D., Brown, E. J., Coard, S. I., & Sosinsky, L. S. (2003). Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: a randomized pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*(2), 246–257. doi:10.1207/S15374424JCCP3202\_10

- Brown, M., Yando, R., & Rainforth, M. (2000). Effects of an At-Home Video Course on Maternal Learning, Infant Care and Infant Health. *Early Child Development and Care*, 160(1), 47–65. doi:10.1080/0030443001600105
- Burchinal, M., Roberts, J. E., Zeisel, S. A., Hennon, E. A., & Hooper, S. (2006). Social risk and protective child, parenting, and child care factors in early elementary school years. *Parenting Science And Practice*, 6(1), 79–113. doi:10.1207/s15327922par0601\_4
- Buschgens, C. J. M., Van Aken, M. A. G., Swinkels, S. H. N., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Buitelaar, J. K. (2010). Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. *European child adolescent psychiatry*, 19(7), 567–575. doi:10.1007/s00787-009-0086-8

## C

- 
- Callam, R., Sanders, M. R., Sadhnani, V., & Carmont, S. A. (2008). Can technology and the media help reduce dysfunctional parenting and increase engagement with preventative parenting interventions. *Child Maltreatment*, 13(4), 347–361. doi:10.1177/1077559508321272
- Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36(1), 113–149. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x
- Campbell, S., Pierce, E. W., Moore, G., Marakovitz, S., & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8(04), 701–719. doi:10.1017/S0954579400007379
- Campbell, S., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12(3), 467–488. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11014748>
- Canadian Paediatric Society. (2004). Effective discipline for children. *Paediatrics & Child Health*, 9(1), 37–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18665687>
- Canadian Paediatric Society Psychosocial Paediatrics Committee. (2002). Promoting literacy in the physician ' s office. *Paediatrics & Child Health*, 7(6), 398–412.

- Cao, M., & Guilleminault, C. (2008). Sleep difficulties and behavioral outcomes in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(4), 385–9. doi:10.1001/archpedi.162.4.385
- Capaldi, D. M., Chamberlain, P., & Patterson, G. R. (1997). Ineffective discipline and conduct problems in males: Association, late adolescent outcomes, and prevention. *Aggression and Violent Behavior*, 2(4), 343–353. doi:10.1016/S1359-1789(97)00020-7
- Caron, A., Weiss, B., Harris, V., & Catron, T. (2006). Parenting behavior dimensions and child psychopathology: specificity, task dependency, and interactive relations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 34–45. doi:10.1207/s15374424jccp3501\_4
- Carpenter, B. (2007). The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child care health and development*, 33(6), 664–669. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00727.x
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109–134. doi:10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., Field, A. P., Rust, S., Laskey, B., Dixon, C., ... Woodham, A. (2011). A new parenting-based group intervention for young anxious children: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 242–251.e6. doi:10.1016/j.jaac.2010.12.015.
- Caughy, M. O., Miller, T. L., Genevro, J. L., Huang, K.-Y., & Nautiyal, C. (2003). The effects of Healthy Steps on discipline strategies of parents of young children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24(5), 517–534. doi:10.1016/j.appdev.2003.08.004
- Cavaleri, M. A., Olin, S. S., Kim, A., Hoagwood, K. E., & Burns, B. J. (2011). Family support in prevention programs for children at risk for emotional/behavioral problems. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(4), 399–412. doi:10.1007/s10567-011-0100-9
- Centre for Community Child Health (Ed.). (2006a). *Settling and sleep problems - practice resource*. Melbourne, Australia: Centre for Community Child Health.

- Centre for Community Child Health. (2006b). *Behaviour problems: practice resource*. Melbourne, Australia.
- Centre for Community Child Health, & Royal Children's Hospital Melbourne. (2002). *Child health screening and surveillance: a critical review of the evidence*. Melbourne, Australia: National Health and Medical Research Council.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1133–1141. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1133
- Chamberlin, R. W., & Szumowski, E. K. (1980). A follow-up study of parent education in pediatric office practices: impact at age two and a half. *American Journal of Public Health*, 70(11), 1180–1188.
- Cheng, T. L., DeWitt, T. G., Savageau, J. A., & O'Connor, K. G. (1999). Determinants of counseling in primary care pediatric practice: physician attitudes about time, money, and health issues. *Archives of pediatrics adolescent medicine*, 153(6), 629–635. doi:10.1001/archpedi.153.6.629
- Chervin, R. D., Dillon, J. E., Bassetti, C., Ganoczy, D., & Pituch, K. (1997). Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children. *Sleep*, 20(12), 1185–1192.
- Choby, B., & George, S. (2008). Toilet Training. *American Family Physician*, 78(9), 1059–1064.
- Christophersen, E. (2002). Collaborating with parents: using Parent's Evaluations of Developmental Status to detect and address developmental and behavioural problems. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(6), 627–628.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. doi:10.1037//1040-3590.7.3.309
- Coghlan, D., Kiing, J. S. H., & Wake, M. (2003). Parents' Evaluation of Developmental Status in the Australian day-care setting: developmental concerns of parents and carers. *Journal of paediatrics and child health*, 39(1), 49–54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12542813>
- Collins, W. A., Maccoby, E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55(2), 218–232. doi:10.1037//0003-066X.55.2.218



- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa, Portugal.
- Committee on Children with Disabilities. (2001). Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *Pediatrics*, 108(1), 192–196. doi:10.1542/peds.108.1.192
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1998). Guidance for effective discipline. *Pediatrics*, 101(4), 723–728. Retrieved from <http://elibrary.ru/item.asp?id=4892642>
- Community Paediatrics Committee, & Canadian Paediatric Society. (2000). Toilet learning: Anticipatory guidance with a child-oriented approach. *Paediatrics & Child Health*, 5(6), 333–44. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2819951&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (Ed.). (2010). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Cortese, S., Faraone, S. V., Konofal, E., & Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 894–908. doi:10.1097/CHI.0b013e3181ac09c9
- Cortese, S., Konofal, E., Yateman, N., Mouren, M.-C., & Lecendreux, M. (2006). Sleep and alertness in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of the literature. *Sleep*, 29(4), 504–511. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16676784>
- Costello, E. J., & Angold, A. (2000). Developmental psychopathology and public health: past, present, and future. *Development and Psychopathology*, 12(4), 599–618. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11202035>
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (Vol. 21, pp. 61–91). Oxford University Press. doi:10.1016/j.chc.2011.12.002

- Costello, E. J., Pescosolido, B. A., Angold, A., & Burns, B. J. (1998). A family network-based model of access to child mental health services. *Research in Community Mental Health*, 9, 165–190.
- Coulombe, J. A., Reid, G. J., Boyle, M. H., & Racine, Y. (2010). Concurrent associations among sleep problems, indicators of inadequate sleep, psychopathology, and shared risk factors in a population-based sample of healthy Ontario children. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 790–9. doi:10.1093/jpepsy/jsp097
- Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, & Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405–20. doi:10.1542/peds.2006-1231
- Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, and M. H. I. for C. W. S. N. P. A. C. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405–20. doi:10.1542/peds.2006-1231
- Cowan, P. A., Powell, D., & Cowan, C. P. (2006). Parenting interventions: a family systems perspective. In K. A. Renninger & I. E. Sigel (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol. 4, Child psychology in practice* (6th ed., pp. 3–72). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cudaback, D., Darden, C., Nelson, P., O'Brien, S., Pinsky, D., & Wiggins, E. (1985). Becoming successful parents: Can age-paced newsletters help? *Family Relations*, 34(2), 271–275. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/10.2307/583902>
- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost, effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1141–1159. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01362.x

## D

- Dahl, R. E. (1996). The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(01), 3–27. doi:10.1017/S0954579400006945
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. doi:10.1037//0033-2909.113.3.487
- De Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behavior modification*, 32(5), 714–35. doi:10.1177/0145445508317134
- Deater-Deckard, K., & Dodge, K. (1997). Externalizing behavior problems and discipline revisited: Nonlinear effects and variation by culture, context, and gender. *Psychological Inquiry*, 8(3), 161–175. doi:10.1207/s15327965pli0803\_1
- DeWalt, D., Callahan, L., Hawk, V., Broucksou, K., Hink, A., Rudd, R., & Brach, C. (2010). *health literacy universal precautions toolkit*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde, & Alto Comissariado da Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Saúde infantil e juvenil: programa-tipo de actuação - orientações técnicas*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Doak, C., Doak, L., & Root, J. (1996). *Teaching patients with low literacy skills* (2nd Editio.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 509–531. doi:10.1016/S0272-7358(99)00040-9
- Drabick, D. A. G. (2009). Can a Developmental Psychopathology Perspective Facilitate a Paradigm Shift toward a Mixed Categorical-Dimensional Classification System? *Clinical Psychology*, 16(1), 41–49. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01141.x
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., ... Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled

- trials. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 3(1), 7. doi:10.1186/1753-2000-3-7
- Drotar, D. (2002). Behavioral and emotional problems in infants and young children: Challenges of clinical assessment and intervention. *Infants and Young Children*, 14(4), 1–5.
- Dulcan, M. K., Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Brent, D., & Janiszewski, S. (1990). The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: do parents' concerns open the gate? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 453–458. doi:10.1097/00004583-199005000-00018
- Dumka, L., & Garza, C. (1997). Recruitment and retention of high-risk families into a preventive parent training intervention. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 25–39. doi:10.1023/A:1024626105091
- Duncan, G. J., & Brooks-Gun, J. (2000). Family poverty, welfare reform, and child development. *Child Development*, 71(1), 188–196. doi:10.1111/1467-8624.00133
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115–152. doi:10.1023/A:1024654026646
- Dworkin, P. (1993). Detection of behavioral, developmental, and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Current Opinion in Pediatrics*, 5(5), 531–536.
- Dworkin, P., Allen, D., Geertsma, A., Solkoske, L., & Cullina, J. (1987). *Does developmental content influence the effectiveness of anticipatory guidance?* *Pediatrics* (Vol. 80, pp. 196–202).

## E

- 
- Earls, M. (2009). Expanding innovation through networks: the Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *North Carolina Medical Journal*, 70(3), 253–255.
- Earls, M., & Hay, S. S. (2006). Setting the stage for success: implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice--the North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics*, 118(1), e183–8. doi:10.1542/peds.2006-0475
- Easton, D., Green, M., Ollen, A., Thomson-Mintz, M., & Waddell, N. (Eds.). (2009). *Red Flags: a quick reference guide for early years professionals in York Region* –

- early identification of red flags in child development prenatally to age six*. York Region: York Region Health Services.
- Egger, H., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(3-4), 313–337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
- Egger, H., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. *Infants & Young Children*, 19(2), 109–122.
- Elgar, F. J., & McGrath, P. J. (2003). Self-administered psychosocial treatments for children and families. *Journal of clinical psychology*, 59(3), 321–39. doi:10.1002/jclp.10132
- Ellingson, K. D., Briggs-gowan, M. J., Carter, A. S., & Horwitz, S. M. (2004). Parent Identification of Early Emerging Child Behavior Problems. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 158, 766–772. doi:10.1001/archpedi.158.8.766
- Embry, D. D. (2004). Community-based prevention using simple, low-cost, evidence-based kernels and behavior vaccines. *Journal of Community Psychology*, 32(5), 575–591. doi:10.1002/jcop.20020
- Eshel, N., Daelmans, B., Cabral de Mello, M., & Martines, J. (2006). Responsive parenting : interventions and outcomes. *Bulletin of the World Health organization*, 84(12), 991–998.
- Ezpeleta, L., Granero, R., la Osa, N. De, Penelo, E., & Domènech, J. M. (2012). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire3–4 in 3-year-old preschoolers. *Comprehensive Psychiatry*. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.009

## F

- 
- Fallone, G., Owens, J., & Deane, J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Medicine Reviews*, 6(4), 287–306. doi:10.1053/smr.2001.0192
- Feinstein, L., Duckworth, K., & Sabates, R. (2004). *A model of the inter-generational transmission of educational success*. London, UK: Center for Research on the Wider Benefits of Learning.

- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286–299. doi:10.1037//1040-3590.7.3.286
- Foley, D., Goldfeld, S., McLoughlin, J., Nagorcka, J., Oberklaid, F., & Wake, M. (1999). *A review of the early childhood literature*. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia.
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: a review. *Psychological Medicine*, 29(4), 769–786. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10473304>
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. (F. R. Volkmar, Ed.) *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 365–382. doi:10.1023/A:1025054610557
- Forehand, R., Jones, D. J., & Parent, J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: what's different and what's the same. *Clinical psychology review*, 33(1), 133–45. doi:10.1016/j.cpr.2012.10.010
- Foster, E. M., Johnson-Shelton, D., & Taylor, T. (2007). Measuring time costs in interventions designed to reduce behavior problems among children and youth. *American journal of community psychology*, 40(1-2), 64–81. doi:10.1007/s10464-007-9125-0
- Fox, R. A. (1994). *Parent Behavior Checklist*. Austin, Texas: ProEd.
- Foy, J. (2010). Enhancing Pediatric Mental Health Care: Algorithms for Primary Care. *Pediatrics*, 125(Supplement 3), S109–S125. doi:10.1542/peds.2010-0788
- Foy, J. M. (2010). Enhancing pediatric mental health care: report from the American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Introduction. *Pediatrics*, 125 Suppl, S69–74. doi:10.1542/peds.2010-0788C
- Freda, M. C. (2005). The readability of American Academy of Pediatrics patient education brochures. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(3), 151–156. doi:10.1016/j.pedhc.2005.01.013
- Fuemmeler, B. F. (2004). Bridging disciplines: an introduction to the special issue on public health and pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(6), 405–14. doi:10.1093/jpepsy/jsh045

## G

- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74(2), 578–594. doi:10.1111/1467-8624.7402017
- Galland, B. C., & Mitchell, E. a. (2010). Helping children sleep. *Archives of disease in childhood*, 95(10), 850–3. doi:10.1136/adc.2009.162974
- García, F., & Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 44(173), 101–131. Retrieved from [http://www.uv.es/garpe/C\\_/A\\_/C\\_A\\_0037.pdf](http://www.uv.es/garpe/C_/A_/C_A_0037.pdf)
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(4), 568–80. doi:10.1080/15374416.2010.486315
- Gaylor, E. E., Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., & Anders, T. F. (2005). A longitudinal follow-up study of young children's sleep patterns using a developmental classification system. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(1), 44–61. doi:10.1207/s15402010bsm0301\_6
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows stepp by step: a simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gilliam, W. S., & Shahar, G. (2006). Preschool and Child Care Expulsion and Suspension Rates and Predictors in One State. *Infants Young Children*, 19(3), 228–245. doi:10.1097/00001163-200607000-00007
- Glascoe, F. P. (1991). Can clinical judgment detect children with speech-language problems? *Pediatrics*, 87(3), 317–322.
- Glascoe, F. P. (1996). The importance of discussing parents' concerns about development. *Ambulatory Child Health*, 2, 349–356.
- Glascoe, F. P. (1997). Parents' concerns about children's development: prescreening techniques or screening test? *Pediatrics*, 99(4), 522–528. doi:doi:10.1542/peds.100.5.901
- Glascoe, F. P. (1999). A method for deciding how to respond to parents' concerns about development and behavior. *Ambulatory Child Health*, 5, 197–208.

- Glascoe, F. P. (2000). Evidence- based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child: care, health and development*, 26(2), 137–149. doi:10.1046/j.1365-2214.2000.00173.x
- Glascoe, F. P. (2001). Are overreferrals on developmental screening tests really a problem? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(1), 54–9. doi:10.1001/archpedi.155.1.54
- Glascoe, F. P. (2002). *Collaborating with parents*. Austin, Texas: Vandermeer Press.
- Glascoe, F. P. (2003). Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clinical Pediatrics*, 42(2), 133–138. doi:10.1177/000992280304200206
- Glascoe, F. P. (2013). PEDS standardization. Retrieved from <http://www.pedstest.com/Research/PEDSStandardization.aspx>
- Glascoe, F. P., & Dworkin, P. (1993). Obstacles to effective developmental surveillance: errors in clinical reasoning. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14(5), 344–349. Retrieved from <http://ezproxy.library.tufts.edu/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med3&AN=7504700>;
- Glascoe, F. P., & Dworkin, P. (1995). The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, 95(6), 829–836. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/95/6/829.short>
- Glascoe, F. P., Foster, E. M., & Wolraich, M. L. (1997). An economic analysis of developmental detection methods. *Pediatrics*, 99(6), 830–837. doi:10.1542/peds.99.6.830
- Glascoe, F. P., MacLean, W. E., & Stone, W. L. (1991). The importance of parents' concerns about their child's behavior. *Clinical Pediatrics*, 30(1), 8–11; discussion 12–14. doi:10.1177/000992289103000101
- Glascoe, F. P., Oberklaid, F., Dworkin, P., & Trimm, F. (1998). Brief approaches to educating patients and parents in primary care. *Pediatrics*, 101(6), E10. doi:10.1542/peds.101.6.e10
- Glascoe, F. P., & Robertshaw, N. S. (2008). *PEDS: Developmental Milestones, Professionals' Manual*. Austin, Texas: Ellsworth & Vandermeer Press, LLC.
- Glascoe, F. P., & Shapiro, H. L. (1999). Introduction to developmental and behavioral screening. Retrieved from [www.dbpediatrics.org/articles/detail.cfm?textID=5](http://www.dbpediatrics.org/articles/detail.cfm?textID=5)



- Glascoc, F. P., & Squires, J. (2007). Issues With the New Developmental Screening and Surveillance Policy Statement. *Pediatrics*, 119(4), 861–862. doi:10.1542/peds.2006-3530
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322
- Goes, A. R., & Barros, L. (2011). Avaliar o desenvolvimento e comportamento de forma sistemática: a utilização das preocupações parentais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(5 supp 1), S42. Retrieved from [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/ARTIGOS/30/20120222162135\\_ACTA PEDIÁTRICA PORTUGUESA Vol42\\_Final.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/ARTIGOS/30/20120222162135_ACTA PEDIÁTRICA PORTUGUESA Vol42_Final.pdf)
- Goes, A. R., Cortes, M., & Barros, L. (2010). Parental concerns about their children's health and development: suggestions for the reorganization of well-child care. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 319–336. Retrieved from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v11n2/v11n2a10.pdf>
- Goodlin-Jones, B. L., Sitnick, S. L., Tang, K., Liu, J., & Anders, T. F. (2006). The Children's Sleep Habits Questionnaire in toddlers and preschool children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(2), 82–88. doi:10.1097/DBP.0b013e318163c39a
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(5), 791–9. doi:10.1111/1469-7610.00494
- Goodman, R. (2000a). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534–539. doi:10.1192/bjp.177.6.534
- Goodman, R. (2000b). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534–539. doi:10.1192/bjp.177.6.534

- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015
- Goodman, R., Renfrew, D., & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2), 129–34. doi:10.1007/s007870050008
- Goodnight, J. a, Bates, J., Staples, A. D., Pettit, G. S., & Dodge, K. a. (2007). Temperamental resistance to control increases the association between sleep problems and externalizing behavior development. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 39–48. doi:10.1037/0893-3200.21.1.39
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113(1), 101–131. doi:10.1037/0033-295X.113.1.101
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447–466. doi:10.1037/0033-2909.129.3.447
- Gredler, G. (1997). Issues in early childhood screening and assessment. *Psychology in the Schools*, 34(2), 99–106. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(199704)34:2<99::AID-PITS3>3.0.CO;2-N
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16(2), 129–36. doi:10.1016/j.smrv.2011.03.007
- Gregory, A. M., Van der Ende, J., Willis, T. a, & Verhulst, F. C. (2008). Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior later in life. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(4), 330–5. doi:10.1001/archpedi.162.4.330
- Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W., & Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 261–278. doi:10.1037/0022-006X.71.2.261

- Gross, D., Sambrook, A., & Fogg, L. (1999). Behavior problems among young children in low-income urban day care centers. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 15–25. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199902)22:1<15::AID-NUR3>3.0.CO;2-2
- Grusec, J. E. (2002). Parenting socialization and children's acquisition of values. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: vol. 5: Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 143–167). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the family: social and emotional development. *Annual review of psychology*, 62, 243–69. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131650
- Grusec, J. E., & Davidov, M. (2010). Integrating different perspectives on socialization theory and research: a domain-specific approach. *Child development*, 81(3), 687–709. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01426.x
- Grusec, J. E., & Goodnow, J. J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30(1), 4–19. doi:10.1037//0012-1649.30.1.4
- Grusec, J. E., Goodnow, J. J., & Kuczynski, L. (2000). New Directions in Analyses of Parenting Contributions to Children's Acquisition of Values. *Child Development*, 71(1), 205–211. doi:10.1111/1467-8624.00135
- Gutman, L. M., & Feinstein, L. (2007). *Parenting behaviours and children's development from infancy to early childhood: changes , continuities , and contributions*. London, UK: Centre for Research on the Wider Benefits of Learning.
- Gutman, L. M., & Feinstein, L. (2010). Parenting behaviours and children's development from infancy to early childhood: changes, continuities and contributions. *Early Child Development and Care*, 180(4), 535–556. doi:10.1080/03004430802113042
- Guyer, B., Hughart, N., Strobino, D., Jones, A., Scharfstein, D., & The Healthy Steps Evaluation Team. (2000). Assessing the impact of pediatric-based developmental services on infants, families, and Clinicians: Challenges to evaluating the Healthy Steps Program. *Pediatrics*, 105(3), e33. Retrieved from <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/105/3/e33.short>

## H

- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (Eds.). (2008). *Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents* (3rd ed.). Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 4(14), 14. doi:10.1186/1753-2000-4-14
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., & Feldmann, M. (2008). Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parental competence: short- and long-term effects. *Behavior modification*, 32(5), 659–81. doi:10.1177/0145445508317131
- Hale, L., Berger, L. M., LeBourgeois, M. K., & Brooks-Gunn, J. (2011). A longitudinal study of preschoolers' language-based bedtime routines, sleep duration, and well-being. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 423–33. doi:10.1037/a0023564
- Halfon, N., Regalado, M., Sareen, H., Inkelas, M., Reuland, C. H. P., Glascoe, F. P., & Olson, L. M. (2004). Assessing development in the pediatric office. *Pediatrics*, 113(6 Suppl), 1926–1933. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=15173463](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15173463)
- Hall, D., & Elliman, D. (2006). *Health for all children (Re. 4th ed.)*. New York, US: Oxford University Press.
- Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption: why children turn out the way they do*. New York, US: Free Press.
- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44(3), 388–398. doi:10.1111/1469-7610.00129
- Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A., & Hahlweg, K. (2005). Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: barriers to research and program participation. *Prevention science : the*

- official journal of the Society for Prevention Research*, 6(4), 275–86. doi:10.1007/s11121-005-0006-1
- Hiscock, H., Bayer, J. K., Lycett, K., Ukoumunne, O. C., Shaw, D., Gold, L., ... Wake, M. (2012). Preventing mental health problems in children: the Families in Mind population-based cluster randomised controlled trial. *BMC public health*, 12(1), 420. doi:10.1186/1471-2458-12-420
- Hiscock, H., Bayer, J. K., Price, A., Ukoumunne, O. C., Rogers, S., & Wake, M. (2008). Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *BMJ British Medical Journal*, 336(7639), 318–321. doi:10.1136/bmj.39451.609676.AE
- Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J., & Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120(2), 381–9. doi:10.1542/peds.2006-3583
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T., & Burns, B. J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1055–1063. doi:10.1097/00004583-199608000-00017
- Horwitz, S. M., Leaf, P. J., Leventhal, J. M., & Deangelis, C. D. (1998). Identification of Psychosocial Problems in Pediatric Primary Care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152, 367–371. doi:10.1001/archpedi.152.4.367.
- Howell, D. M., Wysocki, K., & Steiner, M. J. (2004). Toilet training. *Pediatrics*, 20(4), 240–245. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20516240>
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 16–23. doi:10.1002/mpr.217
- Hurley, K. D., Huscroft-D'Angelo, J., Trout, A., Griffith, A., & Epstein, M. (2013). Assessing Parenting Skills and Attitudes: A Review of the Psychometrics of Parenting Measures. *Journal of Child and Family Studies*. doi:10.1007/s10826-013-9733-2

I

---

Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Eds.). (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Ireton, H. (1992). *Child Development Inventory Manual*. Minneapolis, Minnesota: Behavior Science Systems, Inc.

## J

- 
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Little, M., Pagano, M. E., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to Screen for Psychosocial Problems in Pediatric Primary Care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(3), 254–260. doi:10.1001/archpedi.153.3.254
- Johnson, C., Myers, S. M., & Council on Children with Disabilities. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183–215. doi:10.1542/peds.2007-2361
- Johnson, N., & McMahon, C. (2008). Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(7), 765–73. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01871.x
- Jones, D. J., Forehand, R., Rakow, A., Colletti, C. J., McKee, L., & Zalot, A. (2008). The specificity of maternal parenting behavior and child adjustment difficulties: a study of inner-city African American families. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 181–192. doi:10.1037/0893-3200.22.2.181
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 749–756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child: care, health and development*, 34(3), 380–90. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x

## K

- 
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567–89. doi:10.1007/s10802-007-9201-9
- Kashani, J. H., Allan, W. D., Beck, N. C., Bledsoe, Y., & Reid, J. C. (1997). Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *Journal of the American*

- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1426–1433. doi:10.1097/00004583-199710000-00025
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(2), 161–78. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01851.x
- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2000). More than the terrible twos: the nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 33–46. doi:10.1023/A:1005118000977
- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2002). Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children? *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 351–358. doi:10.1176/appi.ajp.159.3.351
- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2004). Are oppositional defiant and conduct disorder symptoms normative behaviors in preschoolers? A comparison of referred and nonreferred children. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 356–358. doi:10.1176/appi.ajp.161.2.356
- Keenan, K., Wakschlag, L. S., Danis, B., Hill, C., Humphries, M., Duax, J., & Donald, R. (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 457–468. doi:10.1097/CHI.0b013e31803062d3
- Kelleher, K. J., McInerney, T. K., Gardner, W. P., Childs, G. E., & Wasserman, R. C. (2000). Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. *Pediatrics*, 105(6), 1313–1321. doi:10.1542/peds.105.6.1313
- Kerr, S., & Jowett, S. (1994). Sleep problems in pre-school children: a review of the literature. *Child: Care, Health & Development*, 20(6), 379–391. doi:10.1111/j.1365-2214.1994.tb00400.x
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H.-U. (2002). Epidemiology of anxiety disorders. (M. B. Stein & T. Steckler, Eds.) *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2(September), 21–35. doi:10.1007/7854\_2009\_9
- Kettler, R., & Feeney-Kettler, K. (2011). Screening systems and decision making at the preschool level: Application of a comprehensive validity framework. *Psychology in the Schools*, 48(5), 430–441. doi:10.1002/pits
- Kiing, J. S., Low, P. S., Cahn, Y. H., & Neihart, M. (2012). Interpreting parents' concerns about their children's development with the Parents Evaluation of

- Developmental Status: culture matters. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(2), 179–183. doi:10.1097/DBP.0b013e31823f686e
- Klass, P., Dreyer, B., & Mendelsohn, A. (2009). Reach Out and Read: literacy promotion in pediatric primary care. *Advances in Pediatrics*, 56, 11–27. doi:10.1016/j.yapd.2009.08.009.Reach
- Klebanov, P. K., Brooks-Gunn, J., McCarton, C., & McCormick, M. C. (1998). The contribution of neighborhood and family income to developmental test scores over the first three years of life. *Child Development*, 69(5), 1420–1436. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9839425>
- Kline, T. (2005). *Psychological testing: a practical approach to design and evaluation*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Komada, Y., Abe, T., Okajima, I., Asaoka, S., Matsuura, N., Usui, A., ... Inoue, Y. (2011). Short Sleep Duration and Irregular Bedtime Are Associated with Increased Behavioral Problems among Japanese Preschool-Age Children. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 224(2), 127–136. doi:10.1620/tjem.224.127
- Koulouglioti, C., Cole, R., & Kitzman, H. (2008). Inadequate sleep and unintentional injuries in young children. *Public Health Nursing*, 25(2), 106–14. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00687.x
- Kuhn, B. R., & Elliott, A. J. (2003). Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 587–597. doi:10.1016/S0022-3999(03)00061-8
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 457–465. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.457

## L

- 
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049–65. doi:10.2307/1131416
- Lampe, E. M., Karazsia, B. T., & Wildman, B. G. (2009). Identification of families at risk for behavior problems in primary care settings. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(6), 518–524. doi:10.1097/DBP.0b013e3181bf360c



- Lansford, J., Criss, M., & Dodge, K. (2009). Trajectories of physical discipline: Early childhood antecedents and developmental outcomes. *Child development*, 80(5), 1385–1402. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01340.x.Trajectories
- Lau, E. X., & Rapee, R. M. (2011). Prevention of anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 13(4), 258–66. doi:10.1007/s11920-011-0199-x
- Lavigne, J. V, Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K., & Gibbons, R. D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1246–1254. doi:10.1097/00004583-199812000-00007
- Lavigne, J. V, Arend, R., Rosenbaum, D., Smith, A., Weissbluth, M., Binns, H. J., & Christoffel, K. K. (1999). Sleep and behavior problems among preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20(3), 164–169. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1999-05944-005&site=ehost-live>
- Lavigne, J. V, Gibbons, R. D., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., & Christoffel, K. K. (1999). Rational service planning in pediatric primary care: continuity and change in psychopathology among children enrolled in pediatric practices. (C. I. L. U. S. A. J.-L. N. E. Children's Memorial Hospital, Ed.) *Journal of Pediatric Psychology*, 24(5), 393–403. doi:10.1093/jpepsy/24.5.393
- Lavigne, J. V, Lebailly, S. a, Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochlyly, J., Arend, R., ... Binns, H. J. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: a comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 449–61. doi:10.1093/jpepsy/jsm074
- Leong, J., Cobham, V. E., De Groot, J., & McDermott, B. (2009). Comparing different modes of delivery: a pilot evaluation of a family-focused, cognitive-behavioral intervention for anxiety-disordered children. *European Child Adolescent Psychiatry*, 18(4), 231–239. doi:10.1007/s00787-008-0723-7
- Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121(5), e1441–e1460. doi:10.1542/peds.2008-0565
- Lindsay, G., Strand, S., & Davis, H. (2011). A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-well being and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in

- 18 English local authorities: the parenting early i. *BMC public health*, 11(1), 962. doi:10.1186/1471-2458-11-962
- Linver, M. R., Brooks-Gunn, J., & Kohen, D. E. (2002). Family processes as pathways from income to young children's development. *Developmental Psychology*, 38(5), 719–734. doi:10.1037//0012-1649.38.5.719
- Locke, L. M., & Prinz, R. J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychology Review*, 22(6), 895–929. doi:10.1016/S0272-7358(02)00133-2
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical psychology review*, 26(1), 86–104. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Luxem, M., & Christophersen, E. (1994). Behavioral toilet training in early childhood: research, practice, and implications. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(5), 370–378.
- Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2006). Evaluation of therapist-supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1287–1300. doi:10.1016/j.brat.2005.09.009

## M

- 
- Maccoby, E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28(6), 1006–1017. doi:10.1037//0012-1649.28.6.1006
- Maccoby, E. (2000). Parenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics. *Annual review of psychology*, 51, 1–27. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.1
- Maccoby, E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4, Socialization, personality and social development* (pp. 1–101). New York, US: Wiley.
- Markie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2006). A Controlled Evaluation of an Enhanced Self-Directed Behavioural Family Intervention for Parents of Children With Conduct Problems in Rural and Remote Areas. *Behaviour Change*, 23(1), 55–72. doi:10.1375/beh.23.1.55
- Maroco, J., & Garcia-marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach ? Questões antigas e soluções modernas ? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.

- Martin, A., Barajas, R. G., Brooks-Gunn, J., & Hale, L. (2011). Parenting services may be an opportunity for improving bedtime routines among at-risk preschoolers. *Behavioral sleep medicine*, 9(4), 237–42. doi:10.1080/15402002.2011.606771
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Duran Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., ... Théron, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 2(2004), II40–6. doi:10.1007/s00787-004-2007-1
- Maser, J. D., Norman, S. B., Zisook, S., Everall, I. P., Stein, M. B., Schettler, P. J., ... Diego, S. (2009). Psychiatric Nosology Is Ready for a Paradigm Shift in DSM-V. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16(1), 24–40. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01140.x
- Masten, A. S., & Shaffer, A. (2006). How families matter in child development: reflections from research on risk and resilience. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: effects on child and adolescent development* (pp. 5–25). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Matson, J. L., Mahan, S., & LoVullo, S. V. (2009). Parent training: a review of methods for children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 30(5), 961–8. doi:10.1016/j.ridd.2009.01.009
- McCain, M., & Mustard, J. (1999). *Reversing the real brain drain: Early Years Study - final report*. Toronto, Ontario: Ontario Children's Secretariat.
- McGreavey, J. a, Donnan, P. T., Pagliari, H. C., & Sullivan, F. M. (2005). The Tayside children's sleep questionnaire: a simple tool to evaluate sleep problems in young children. *Child: care, health and development*, 31(5), 539–44. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00548.x
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A. L., Forehand, R., Massari, C., ... Zens, M. S. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors: The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence*, 22(4), 187–196. doi:10.1007/s10896-007-9070-6
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53(2), 185–204. doi:10.1037/0003-066X.53.2.185
- McMenamy, J., Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 25(2), 77–86. doi:10.1016/j.pedhc.2009.08.008

- Meltzer, L. J., & Mindell, J. a. (2007). Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: a pilot study. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 21(1), 67–73. doi:10.1037/0893-3200.21.1.67
- Meltzer, L. J., & Mindell, J. a. (2008). Behavioral Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 3(2), 269–279. doi:10.1016/j.jsmc.2008.01.004
- Mendelsohn, A. L., Dreyer, B. P., Brockmeyer, C. A., Berkule-Silberman, S. B., Huberman, H. S., & Tomopoulos, S. (2011). Randomized controlled trial of primary care pediatric parenting programs: effect on reduced media exposure in infants, mediated through enhanced parent-child interaction. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(1), 42–48. doi:10.1001/archpediatrics.2010.266
- Mendelsohn, A. L., Dreyer, B. P., Flynn, V., Tomopoulos, S., Rovira, I., Tineo, W., ... Nixon, A. F. (2005). Use of videotaped interactions during pediatric well-child care to promote child development: a randomized, controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(1), 34–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15718881>
- Mendelsohn, A. L., Huberman, H. S., Berkule, S. B., Brockmeyer, C. A., Morrow, L. M., & Dreyer, B. P. (2011). Primary care strategies for promoting parent-child interactions and school readiness in at-risk families: the Bellevue Project for Early Language, Literacy, and Education Success. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(1), 33–41. doi:10.1001/archpediatrics.2010.254
- Mendelsohn, A. L., Valdez, P. T., Flynn, V., Foley, G. M., Berkule, S. B., Tomopoulos, S., ... Dreyer, B. P. (2007). Use of videotaped interactions during pediatric well-child care: impact at 33 months on parenting and on child development. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(3), 206–212. doi:10.1097/DBP.0b013e3180324d87
- Metzler, C. W., Sanders, M. R., Rusby, J. C., & Crowley, R. N. (2012). Using consumer preference information to increase the reach and impact of media-based parenting interventions in a public health approach to parenting support. *Behavior Therapy*, 43(2), 257–70. doi:10.1016/j.beth.2011.05.004
- Miles, J., Espiritu, R. C., Horen, N., Sebian, J., & Waetzig, E. (2010). *A public health approach to children's mental health: a conceptual framework*. Washington, D.C.:

- Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Minde, K., Faucon, A., & Falkner, S. (1994). Sleep problems in toddlers: effects of treatment on their daytime behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1114–1121. doi:10.1097/00004583-199410000-00007
- Mindell, J. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *Journal of pediatric psychology*, 24(6), 465–81. doi:10.1093/jpepsy/24.6.465
- Mindell, J., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., & Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263–76. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17068980>
- Mindell, J., Meltzer, L. J., Carskadon, M. a, & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep medicine*, 10(7), 771–9. doi:10.1016/j.sleep.2008.07.016
- Mindell, J., Sadeh, A., Kohyama, J., & How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep medicine*, 11(4), 393–9. doi:10.1016/j.sleep.2009.11.011
- Mindell, J., Telofski, L. S., Wiegand, B., & Kurtz, E. S. (2009). A Nightly Bedtime Routine : Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood. *Sleep*, 32(5), 599–606.
- Minkovitz, C., Hughart, N., Strobino, D., Scharfstein, D., Grason, H., Hou, W., ... Guyer, B. (2003). A practice-based intervention to enhance quality of care in the first 3 years of life: the Healthy Steps for Young Children Program. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 290(23), 3081–91. doi:10.1001/jama.290.23.3081
- Minkovitz, C., Mathew, M. B., & Strobino, D. (1998). Have professional recommendations and consumer demand altered pediatric practice regarding child development? *Journal of urban health bulletin of the New York Academy of Medicine*, 75(4), 739–750. doi:10.1007/BF02344504
- Minkovitz, C., Strobino, D., Mistry, K., Scharfstein, D., Grason, H., Hou, W., ... Guyer, B. (2007). Healthy Steps for Young Children: sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*, 120(3), e658–68. doi:10.1542/peds.2006-1205

- Moore, T., Ochiltree, G., & Cann, W. (2002). *Best start: effective intervention programs - examples of effective interventions, programs and service models*. Melbourne, Victoria: State of Victoria, Department of Human Services.
- Moran, P., Ghate, D., & van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support? A review of international evidence*. Nottingham: Department of Education and Skills.
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2006). Self-administered behavioural family intervention for parents of toddlers: effectiveness and dissemination. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1839–48. doi:10.1016/j.brat.2005.11.015
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2007). Concurrent predictors of dysfunctional parenting and maternal confidence: implications for parenting interventions. *Child: care, health and development*, 33(6), 757–67. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00758.x
- Moreira, J. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina.
- Morgenthaler, T. I., Owens, J., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T. M., Coleman, J., ... Swick, T. J. (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1277–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17068980>
- Morisset, C. E., Barnard, K. E., & Booth, C. L. (1995). Toddlers' language development: Sex differences within social risk. *Developmental Psychology*, 31(5), 851–865. doi:10.1037//0012-1649.31.5.851
- Morrell, J. (1999). The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(2), 247–258. doi:10.1111/1469-7610.00438
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11(1), 17–41. doi:10.1002/icd.251
- Mrazek, P., & Haggerty, R. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press.

Mulvaney, M. K., & Mebert, C. J. (2007). Parental corporal punishment predicts behavior problems in early childhood. *Journal of Family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 21(3), 389–97. doi:10.1037/0893-3200.21.3.389

## N

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6-7), 449–456. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.449

National Clinical Guideline Centre. (2010). *Nocturnal enuresis: the management of bedwetting in children and young people*. London, UK. Retrieved from [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *NICE technology appraisal guidance 102: Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. London, UK.

National Sleep Foundation. (2011). Children and sleep. Retrieved from <http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/children-and-sleep>

Needlman, R. (2006). Thoughts on health supervision: learning-focused primary care. *Pediatrics*, 117(6), e1233–e1236. doi:10.1542/peds.2005-1826

Needlman, R., & Silverstein, M. (2004). Pediatric interventions to support reading aloud: how good is the evidence? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(5), 352–363.

Needlman, R., Toker, K. H., Dreyer, B. P., Klass, P., & Mendelsohn, A. L. (2005). Effectiveness of a primary care intervention to support reading aloud: a multicenter evaluation. *Ambulatory Pediatrics*, 5(4), 209–215. doi:10.1367/A04-110R.1

Nelson, C. S., Wissow, L. S., & Cheng, T. L. (2003). Effectiveness of anticipatory guidance: recent developments. *Current Opinion in Pediatrics*, 15(6), 630–635.

Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16(1), 142–150. doi:10.1590/S0104-11692008000100022

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27–44. doi:10.1093/heapro/13.1.27

## O

- 
- O'Brien, L. M., Lucas, N. H., Felt, B. T., Hoban, T. F., Ruzicka, D. L., Jordan, R., ... Chervin, R. D. (2011). Aggressive behavior, bullying, snoring, and sleepiness in schoolchildren. *Sleep Medicine*, 12(7), 652–8. doi:10.1016/j.sleep.2010.11.012
- O'Brien, M., & Daley, D. (2011). Self-help parenting interventions for childhood behaviour disorders: a review of the evidence. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 623–37. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01231.x
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- O'Connor, T. G. (2002). Annotation: The “effects” of parenting reconsidered: findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43(5), 555–72. doi:10.1111/1469-7610.00046
- Office of Communication, & Centers for Disease Control and Prevention (Eds.). (1999). *Simply put: tips for creating easy-to-read print materials your audience will want to read and use* (2nd Editio.). Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- Offord, D. R., Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Jensen, P. S., & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(7), 686–694. doi:10.1097/00004583-199807000-00007
- Olson, L. M., Inkelas, M., Halfon, N., Schuster, M. A., O'Connor, K. G., & Mistry, R. (2004). Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and pediatricians. *Pediatrics*, 113(6 Suppl), 1907–1916. Retrieved from [http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/113/Supplement\\_5/1907](http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/113/Supplement_5/1907)
- Owens, J. (2005). The ADHD and sleep conundrum: a review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 312–322. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100507>
- Owens, J. (2008). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(3), 533–546. doi:10.1016/j.pop.2008.06.003



- Owens, J. (2009). A Clinical Overview of Sleep and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(2), 92–102. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2687494/>
- Owens, J., France, K. G., & Wiggs, L. (1999). REVIEW ARTICLE: Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: A review. *Sleep medicine reviews*, 3(4), 281–302. doi:10.1053/smr.v.1999.0082
- Owens, J., & Mindell, J. A. (2011). Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 555–69. doi:10.1016/j.pcl.2011.03.011
- Owens, J., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23(8), 1043–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11145319>
- Owens, J., & Witmans, M. (2004). Sleep problems. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 34(4), 154–79. doi:10.1016/j.cppeds.2003.10.003
- Owens, J. A. (2004). Sleep in children: Cross-cultural perspectives. *Sleep and Biological Rhythms*, 2(3), 165–173. doi:10.1111/j.1479-8425.2004.00147.x
- Owens-Stively, J., Frank, N., Smith, A., Hagino, O., Spirito, A., Arrigan, M., & Alario, A. J. (1997). Child temperament, parenting discipline style, and daytime behavior in childhood sleep disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18(5), 314–321. doi:10.1097/00004703-199710000-00005

## P

- 
- Parrott, J., & Glascoe, F. P. (2004). Approaches to supporting optimal parenting. In Centre for Community Child Health & Royal Children's Hospital Melbourne (Eds.), *Literature review: parenting information project* (pp. 68–111). Canberra, Australia: Commonwealth of Australia.
- Patterson, G. R. (1982). A social learning approach. In *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., & Fisher, P. A. (2002). Recent developments in our understanding of parenting: bidirectional effects, causal models, and the search for parsimony. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, vol. 5 Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 59–88). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Pavuluri, M. N., Luk, S. L., & McGee, R. (1996). Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: a community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(2), 215–222. doi:10.1097/00004583-199602000-00015
- Petit, D., Touchette, E., Tremblay, R. E., Boivin, M., & Montplaisir, J. (2007). Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*, 119(5), e1016–25. doi:10.1542/peds.2006-2132
- Pettit, G. S., Bates, J., & Dodge, K. a. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: a seven-year longitudinal study. *Child Development*, 68(5), 908–923. doi:10.1111/j.1467-8624.1997.tb01970.x
- Pfannenstiel, J. C., Seitz, V., & Zigler, E. (2003). Promoting school readiness: The role of the Parents as Teachers program. *NHSA Dialog: A Research-to-Practice Journal for the Early Childhood Field*, 6(1), 71–86. doi:10.1207/s19309325nhsa0601\_6
- Piazza, C. C., & Fisher, W. W. (1991). Bedtime fading in the treatment of pediatric insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(1), 53–56. doi:10.1016/0005-7916(91)90034-3
- Pierce, E. W., Ewing, L. J., & Campbell, S. B. (1999). Diagnostic Status and Symptomatic Behavior of Hard-to-Manage Preschool Children in Middle Childhood and Early Adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 44–57. doi:10.1207/s15374424jccp2801\_4
- Pinilla, T., & Birch, L. L. (1993). Help Me Make It Through the Night : Behaviorol Entrainment Breast-Fed Infants ' Sleep Patterns. *Pediatrics*, 91(2), 436–444. Retrieved from <http://www.thehappiestbaby.org/sleep-breast-pinilla-birch-1993-peds.pdf>
- Pinto-Martin, J. a, Dunkle, M., Earls, M., Fliedner, D., & Landes, C. (2005). Developmental stages of developmental screening: steps to implementation of a successful program. *American journal of public health*, 95(11), 1928–32. doi:10.2105/AJPH.2004.052167
- Piotrowski, C. C., Talavera, G. A., & Mayer, J. A. (2009). Healthy Steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(1), 91–103. doi:10.1097/DBP.0b013e3181976a95

- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 28(4), 362–85. doi:10.1016/j.ridd.2006.02.009
- Pollock, J. I. (1994). Night-waking at five years of age: predictors and prognosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35(4), 699–708. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01215.x
- Ponte, J., & Sarmiento, J. (2010). *a\_tempo: programa de detección precoz nas escolas infantís 0-3 - resultados e recomendacións*. Santiago de Compostela.
- Postert, C., Averbek-Holocher, M., Beyer, T., Müller, J., & Furniss, T. (2009). Five systems of psychiatric classification for preschool children: do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations? *Child Psychiatry and Human Development*, 40(1), 25–41. doi:10.1007/s10578-008-0113-x
- Posthumus, J. a, Raaijmakers, M. a J., Maassen, G. H., van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of incredible years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of abnormal child psychology*, 40(4), 487–500. doi:10.1007/s10802-011-9580-9
- Powell, D. (2006). Families and early childhood interventions. In W. Damon, R. Lerner, K. Renninger, & I. Sigel (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol. 4, Child psychology in practice* (6th ed., pp. 548–591). New Jersey: John Wiley & Sons. doi:0471272914
- Prinz, R J, Smith, E. P., Dumas, J. E., Laughlin, J. E., White, D. W., & Barrón, R. (2001). Recruitment and retention of participants in prevention trials involving family-based interventions. *American journal of preventive medicine*, 20(1 Suppl), 31–7. doi:10.1016/S0749-3797(00)00271-3
- Prinz, Ronald J, & Sanders, M. R. (2007). Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions. *Clinical psychology review*, 27(6), 739–49. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.005
- Prinz, Ronald J, Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1–12. doi:10.1007/s11121-009-0123-3

## R

- Rafoth, M. (1997). Guidelines for developing screening programs. *Psychology in the Schools*, 34(2), 129–142. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(199704)34:2<129::AID-PITS6>3.0.CO;2-L
- Rapee, R. M. (2008). Prevention of Mental Disorders: Promises, Limitations, and Barriers. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 47–52. doi:10.1016/j.cbpra.2007.08.001
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 436–444. doi:10.1037/0022-006X.74.3.436
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 488–497. doi:10.1037/0022-006X.73.3.488
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311–41. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Regalado, M., & Halfon, N. (2001). Primary care services promoting optimal child development from birth to age three years: review of the literature. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(12), 1311–1322. doi:10.1001/archpedi.155.12.1311
- Regalado, M., Sareen, H., Inkelas, M., Wissow, L., & Halfon, N. (2004). Parents' discipline of young children: results from the National Survey of Early Childhood Health. *Pediatrics*, 113(6), 1952–1958. Retrieved from [http://www.pediatricsdigest.mobi/content/113/Supplement\\_5/1952.short](http://www.pediatricsdigest.mobi/content/113/Supplement_5/1952.short)
- Reid, G. J., Hong, R. Y., & Wade, T. J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 49–59. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00692.x
- Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D., Wetmore, S., Jordan, J., ... Zaric, G. S. (2013). Randomized trial of distance-based treatment for young children with

- discipline problems seen in primary health care. *Family practice*, 30(1), 14–24. doi:10.1093/fampra/cms051
- Reid, M. J., Walter, A. L., & O’Leary, S. G. (1999). Treatment of young children’s bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of “standard” and graduated ignoring procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 5–16. doi:10.1023/A:1022606206076
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in head start: a comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prevention Science*, 2(4), 209–227. doi:10.1023/A:1013618309070
- Rhoades, K. a, Leve, L. D., Harold, G. T., Mannering, A. M., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S., ... Reiss, D. (2012). Marital hostility and child sleep problems: Direct and indirect associations via hostile parenting. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 488–98. doi:10.1037/a0029164
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Richter, L. (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children*. Geneva: World Health organization.
- Rickert, V. I., & Johnson, C. (1988). Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infants and young children: a comparison between scheduled awakenings and systematic ignoring. *Pediatrics*, 81(2), 203–212. Retrieved from <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/077/CN-00052077/frame.html>
- Riley, D., Meinhardt, G., Nelson, C., Salisbury, M., & Winnett, T. (1991). How effective are age-paced newsletters for new parents? A replication and extension of earlier studies. *Family Relations*, 40(3), 247–253. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/10.2307/585007>
- Robson, W. L., & Leung, A. K. (1991). Advising parents on toilet training. *American Family Physician*, 44(4), 1263–1266.
- Rothbaum, F., & Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116(1), 55–74. doi:10.1037/0033-2909.116.1.55

- Rothenberger, A., & Woerner, W. (2004). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--evaluations and applications. *European child & adolescent psychiatry*, 13 Suppl 2, II1–2. doi:10.1007/s00787-004-2001-7
- Rourke, L., Rourke, J., & Leduc, D. (2009). *Rourke Baby Record: evidence-based infant/child health maintenance*. Ontario. Retrieved from [www.rourkebabyrecord.ca](http://www.rourkebabyrecord.ca)
- Rowe, D. (1994). *The limits of family influence: genes, experience, and behavior*. New York, US: Guilford Press.
- Runyan, D. K., Shankar, V., Hassan, F., Hunter, W. M., Jain, D., Paula, C. S., ... Bordin, I. a. (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126(3), e701–11. doi:10.1542/peds.2008-2374
- Russell, A., & Russell, G. (1996). Positive parenting and boys' and girls' misbehaviour during a home observation. *International Journal of Behavioral Development*, 19(2), 291–308. doi:10.1080/016502596385794
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 365–396.
- Rydz, D., Srouf, M., Oskoui, M., Marget, N., Shiller, M., Birnbaum, R., ... Shevell, M. I. (2006). Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: a prospective assessment of parent-report questionnaires. *Pediatrics*, 118(4), e1178–86. doi:10.1542/peds.2006-0466

## S

- 
- 
- Sadeh, A. (1994). Assessment of intervention for infant night waking: parental reports and activity-based home monitoring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 63–8. doi:10.1037/0022-006X.62.1.63
- Sadeh, A. (1996). Evaluating night wakings in sleep-disturbed infants: a methodological study of parental reports and actigraphy. *Sleep*, 19(10), 757–62. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9085482>
- Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics*, 113(6), e570–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173539>
- Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 612–28. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.006

- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 74–87. doi:10.1037/0893-3200.21.1.74
- Sadeh, A., Mindell, J. a, Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of sleep research*, 18(1), 60–73. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x
- Sadeh, A., Mindell, J., & Rivera, L. (2011). “My child has a sleep problem”: a cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep medicine*, 12(5), 478–82. doi:10.1016/j.sleep.2010.10.008
- Sadeh, A., & Sivan, Y. (2009). Clinical practice: sleep problems during infancy. *European journal of pediatrics*, 168(10), 1159–64. doi:10.1007/s00431-009-0982-4
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89–96. doi:10.1016/j.smrv.2009.05.003
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64(1), 80–97. doi:10.1111/j.1467-8624.1993.tb02896.x
- Sand, N., Silverstein, M., Glascoe, F. P., Gupta, V. B., Tonniges, T. P., & O'Connor, K. G. (2005). Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: do guidelines work? Do they help? *Pediatrics*, 116(1), 174–179. doi:10.1542/peds.2004-1809
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71–90. doi:10.1023/A:1021843613840
- Sanders, M. R. (2002). Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *The Medical Journal of Australia*, 177 Suppl(October), S87–92. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12358563>
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345–79. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104
- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. T. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset

- conduct problems. *Behaviour research and therapy*, 50(11), 675–84. doi:10.1016/j.brat.2012.07.004
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 983–98. doi:10.1007/s10802-007-9148-x
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Rinaldis, M., Firman, D., & Baig, N. (2007). Using household survey data to inform policy decisions regarding the delivery of evidence-based parenting interventions. *Child: care, health and development*, 33(6), 768–83. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00725.x
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624–40. doi:10.1037/0022-006X.68.4.624
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice, Monograph*, 1–24. Retrieved from <http://www.kindermishandeling.info/triplep/download/ArtikelMSanders.pdf>
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2000). Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*, 31(1), 89–112. doi:10.1016/S0005-7894(00)80006-4
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the triple P-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, 35(3), 513–535. doi:10.1016/S0005-7894(04)80030-3
- Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every family: a population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *The Journal of Primary Prevention*, 29(3), 197–222. doi:10.1007/s10935-008-0139-7



- Saracino, J., Noseworthy, J., Steiman, M., Reisinger, L., & Fombonne, E. (2010). Diagnostic and Assessment Issues in Autism Surveillance and Prevalence. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 317–330. doi:10.1007/s10882-010-9205-1
- Sarmiento Campos, J. a., Squires, J., & Ponte, J. (2011). Universal developmental screening: preliminary studies in Galicia, Spain. *Early Child Development and Care*, 181(4), 475–485. doi:10.1080/03004430903458007
- Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990s: development and individual differences. *Child Development*, 63(1), 1–19. doi:10.1111/j.1467-8624.1992.tb03591.x
- Scher, A. (2001). Mother-child interaction and sleep regulation in one-year-olds. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 515–528. doi:10.1002/imhj.1015
- Schmitt, B. D. (2004). Toilet training your child: the basics. *Contemporary Pediatrics*, 21(3), 120–122.
- Scholer, S. J., Hudnut-Beumler, J., & Dietrich, M. S. (2010). A brief primary care intervention helps parents develop plans to discipline. *Pediatrics*, 125(2), e242–9. doi:10.1542/peds.2009-0874
- Schonwald, A., Huntington, N., Chan, E., Risko, W., & Bridgemohan, C. (2009). Routine developmental screening implemented in urban primary care settings: more evidence of feasibility and effectiveness. *Pediatrics*, 123(2), 660–8. doi:10.1542/peds.2007-2798
- Schor, E. L. (2004). Rethinking Well-Child Care. *Pediatrics*, 114(1), 210–216. doi:10.1542/peds.114.1.210
- Schreck, K., Mulick, J., & Rojahn, J. (2003). Development of the behavioral evaluation of disorders of sleep scale. *Journal of Child and Family Studies*, 12(3), 349–359. doi:10.1023/A:1023995912428
- Schreibman, L., Kaneko, W. M., & Koegel, R. L. (1991). Positive affect of parents of autistic children: A comparison across two teaching techniques. *Behavior Therapy*, 22(4), 479–490. doi:10.1016/S0005-7894(05)80340-5
- Schuster, M. A., Duan, N., Regalado, M., & Klein, D. J. (2000). Anticipatory guidance: what information do parents receive? What information do they want? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(12), 1191–1198. doi:10.1001/archpedi.154.12.1191

- Scott, S. (2002). Parent training programs. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th ed., pp. 949–967). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ British Medical Journal*, 323(7306), 194. doi:10.1136/bmj.323.7306.194
- Sege, R. D., Flannigan, E., Levin-Goodman, R., Licenziato, V., De Vos, E., & Spivak, H. (2005). American Academy of Pediatrics' Connected Kids Program: case study. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5 suppl 2), 215–219. doi:10.1016/j.amepre.2005.08.026
- Sege, R. D., Perry, C., Stigol, L., Cohen, L., Griffith, J., Cohn, M., & Spivak, H. (1997). Short-term effectiveness of anticipatory guidance to reduce early childhood risks for subsequent violence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151(9), 392–397. doi:10.1001/archpedi.1997.02170460103030
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27(2), 171–186. doi:10.1016/S0005-7894(96)80013-X
- Seymour, F. W., Brock, P., During, M., & Poole, G. (1989). Reducing sleep disruptions in young children: evaluation of therapist-guided and written information approaches: a brief report. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 30(6), 913–918. doi:Reducing sleep disruptions in young children: evaluation of therapist-guided and written information approaches: a brief report.
- Shapiro, C. J. (2013). Behavioral kernels and brief interventions: teaching parents effective behavior management strategies. *North Carolina Medical Journal*, 74(1), 57–59.
- Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2012). Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: the Triple P-Positive Parenting Program. *Child maltreatment*, 17(1), 86–95. doi:10.1177/1077559511424774
- Shaw, D. S., Gilliom, M., Ingoldsby, E. M., & Nagin, D. S. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology*, 39(2), 189–200. doi:10.1037/0012-1649.39.2.189

- Shaw, D. S., Keenan, K., & Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology*, 30(3), 355–364. doi:10.1037/0012-1649.30.3.355
- Sheldrick, R. C., Neger, E. N., & Perrin, E. C. (2012). Concerns about development, behavior, and learning among parents seeking pediatric care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(2), 156–160. doi:10.1097/DBP.0b013e3182420f4a
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Sices, L. (2007). *Developmental screening in primary care: the effectiveness of current practice and recommendations for improvement*. New York, US.
- Sices, L., Drotar, D., Keilman, A., Kirchner, H. L., Roberts, D., & Stancin, T. (2008). Communication about child development during well-child visits: impact of parents' evaluation of developmental status screener with or without an informational video. *Pediatrics*, 122(5), e1091–9. doi:10.1542/peds.2008-1773
- Sices, Laura, Stancin, T., Kirchner, L., & Bauchner, H. (2009). PEDS and ASQ developmental screening tests may not identify the same children. *Pediatrics*, 124(4), e640–e647. doi:10.1542/peds.2008-2628
- Simard, V., Nielsen, T. A., Tremblay, R. E., Boivin, M., & Montplaisir, J. Y. (2008). Longitudinal Study of Preschool Sleep Disturbance. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(4), 360–367.
- Smith, K., Perou, R., & Lesesne, C. (2002). Parent education. In Marc H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, vol. 4, Social conditions and applied parenting* (2nd ed., pp. 389–409). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Socolar, R. (1997). A classification scheme for discipline: type, mode of administration, context. *Aggression and Violent Behavior*, 2(4), 355–364. doi:10.1016/S1359-1789(97)00021-9
- Socolar, R., Savage, E., Devellis, R. F., & Evans, H. (2004). The discipline survey: a new measure of parental discipline. *Ambulatory Pediatrics*, 4(2), 166–73. doi:10.1367/A03-071R1.1
- Socolar, R., Savage, E., Keyes-Elstein, L., & Evans, H. (2005). Factors that affect parental disciplinary practices of children aged 12 to 19 months. *Southern Medical*

- Journal*, 98(12), 1181–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16440918>
- Socolar, R., Winsor, J., Hunter, W. M., Catellier, D., & Kotch, J. B. (1999). Maternal disciplinary practices in an at-risk population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(9), 927–34. doi:10.1001/archpedi.153.9.927
- Soliday, E. (2004). Parenting and children’s physical health. In M. Hoghugi & N. Long (Eds.), *Handbook of parenting: theory and research for practice* (pp. 161–180). London, UK: Sage.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1293–1316. doi:10.1016/S0005-7967(00)00098-X
- Spilsbury, J., Storfer-Isser, A., Drotar, D., Rosen, C. L., Kirchner, H., & Redline, S. (2005). Effects of the home environment on school-aged children’s sleep. *Sleep*, 28(1), 1419–1427. Retrieved from <http://www.journalsleep.org/Articles/281113.pdf>
- Spoth, R., Kavanagh, K., & Dishion, T. (2002). Family-centered preventive intervention science: toward benefits to larger populations of children, youth, and families. *Prevention Science*, 3(3), 145–52. doi:10.1023/A:1019924615322
- Spoth, R., & Redmond, C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *The Journal of Primary Prevention*, 21(2), 267–284. doi:10.1023/A:1007039421026
- Spruyt, K., & Gozal, D. (2011a). Pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: a review of currently available instruments. *Sleep medicine reviews*, 15(1), 19–32. doi:10.1016/j.smr.2010.07.005
- Spruyt, K., & Gozal, D. (2011b). Development of pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: a brief review of dos and don’ts. *Sleep medicine reviews*, 15(1), 7–17. doi:10.1016/j.smr.2010.06.003
- Squires, J., & Nickel, R. (2003). Never too soon: Identifying social-emotional problems in infants and toddlers. *Contemporary Pediatrics*, 20(3), 117–125. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004019522&site=ehost-live>

- Stadtler, A. C., Gorski, P. A., & Brazelton, T. B. (1999). Toilet Training Methods, Clinical Interventions, and Recommendations. *Pediatrics*, 103(6 Supplement), 1359–1361.
- Stein, A., & Barnes, J. (2002). Feeding and sleep disorders. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th ed., pp. 754–775). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Sterba, S., Egger, H. L., & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(10), 1005–1013. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01770.x
- Stewart-Brown, S., & McMillan, A. S. (2010). *Home and community based parenting support programmes and interventions: report of the workpackage 2 of the DataPrev project*. Warwick: Warwick Medical School.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. a, & Janssens, J. M. a M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 254–74. doi:10.1007/s10567-010-0071-2
- Straus, M. a, & Stewart, J. H. (1999). Corporal punishment by American parents: national data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 55–70. doi:10.1023/A:1021891529770

## T

- 
- Task Force on Mental Health. (2010). Social-emotional problems in children, birth to age 5. Elk Grove Village, Illinois.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1504–1512. doi:10.1097/00004583-200312000-00018
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., & Heith, H. (2003). Insomnia as a Health Risk Factor. *Behavioral Sleep Medicine*, 1(4), 227–247. doi:10.1207/S15402010BSM0104\_5
- Taylor, T., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(1), 41–60. doi:10.1023/A:1021848315541

- Teagle, S. E. (2002). Parental problem recognition and child mental health service use. *Mental Health Services Research*, 4(4), 257–66. doi:10.1023/A:1020981019342
- Teti, D., & Candelaria, M. A. (2002). Parenting competence. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, vol. 4, Social conditions and applied parenting* (2nd ed., pp. 149–180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teti, D., Kim, B.-R., Mayer, G., & Countermine, M. (2010). Maternal emotional availability at bedtime predicts infant sleep quality. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 307–15. doi:10.1037/a0019306
- Thunström, M. (1999). Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. *Acta Paediatrica*, 88(12), 1356–63. doi:10.1111/j.1651-2227.1999.tb01051.x
- Thunström, M. (2002). Severe sleep problems in infancy associated with subsequent development of attention-deficit/hyperactivity disorder at 5.5 years of age. *Acta Paediatrica*, 91(5), 584–92. doi:10.1111/j.1651-2227.2002.tb03281.x
- To, T., Cadarette, S. M., & Liu, Y. (2001). Biological, social, and environmental correlates of preschool development. *Child: Care, Health & Development*, 27(2), 187–200. doi:10.1046/j.1365-2214.2001.00182.x
- Tolan, P. H., & Dodge, K. A. (2005). Children's mental health as a primary care concern. *American Psychologist*, 60(6), 601–614. doi:10.1037/0003-066X.60.6.601
- Touchette, E., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(3), 242–9. doi:10.1001/archpedi.159.3.242
- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J. R., Boivin, M., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30(9), 1213–9. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1978413&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Touchette, E., Petit, D., Tremblay, R. E., Boivin, M., Falissard, B., Genolini, C., & Montplaisir, J. Y. (2008). Associations between sleep duration patterns and overweight/obesity at age 6. *Sleep*, 31(11), 1507–14. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2579979&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- Touchette, E., Petit, D., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Medicine Reviews, 13*(5), 355–61. doi:10.1016/j.smr.2008.12.001
- Tremblay, R. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: the “original sin” hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 51*(4), 341–367. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02211.x
- Tremblay, R., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., ... Japel, C. (2005). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics, 114*(1), 3–9. doi:10.1542/peds.114.1.e43
- Trentacosta, C. J., Hyde, L. W., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Gardner, F., & Wilson, M. (2008). The relations among cumulative risk, parenting, and behavior problems during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 49*(11), 1211–9. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01941.x
- Tucker, S., Gross, D., Fogg, L., Delaney, K., & Lapporte, R. (1998). The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year-olds. *Research in Nursing Health, 21*(3), 199–210. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3<199::AID-NUR3>3.0.CO;2-C
- Turner, K. M., Sanders, M. R., & Wall, C. R. (1994). Behavioural parent training versus dietary education in the treatment of children with persistent feeding difficulties. *Behaviour Change, 11*(4), 242–258. Retrieved from <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:120079>
- Turner, K., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior therapy, 37*(2), 131–42. doi:10.1016/j.beth.2005.05.004

## U

- 
- US Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville: National Institute of Mental Health.

## V

- 
- Vallotton, C., & Ayoub, C. (2011). Use your words: The role of language in the development of toddlers' self-regulation. *Early childhood research quarterly, 26*(2), 169–181. doi:10.1016/j.ecresq.2010.09.002.Use

- Van Roy, B., Groholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors. *BMC Psychiatry*, 10, 56. doi:10.1186/1471-244X-10-56
- Vimpani, G., Patton, G., & Hayes, A. (2002). The relevance of child and adolescent development for outcomes in education, health and life success. In A. Sanson (Ed.), *Childr2ens' health and development: new research directions for Australia* (pp. 14–37). Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies - Commonwealth of Australia.
- Vittrup, B., Holden, G. W., & Buck, J. (2006). Attitudes predict the use of physical punishment: a prospective study of the emergence of disciplinary practices. *Pediatrics*, 117(6), 2055–64. doi:10.1542/peds.2005-2204
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 135–70. doi:Autism and pervasive developmental disorders.

## W

- 
- Wade, S. W. (2004). Parenting influences on intellectual development and educational achievement. In M. Hoggugi & N. Long (Eds.), *Handbook of parenting: theory and research for practice* (pp. 198–212). London, UK: Sage.
- Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91–115, 179–189. Retrieved from [http://elinks.library.upenn.edu/sfx\\_local?sid=OVID:medline&id=pmid:10414012](http://elinks.library.upenn.edu/sfx_local?sid=OVID:medline&id=pmid:10414012)
- Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S., & Oberklaid, F. (2006). Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics*, 117(3), 836–42. doi:10.1542/peds.2005-0775
- Warnick, E. M., Bracken, M. B., & Kasl, S. (2008). Screening Efficiency of the Child Behavior Checklist and Strengths and Difficulties Questionnaire: A Systematic Review. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 140–147. doi:10.1111/j.1475-3588.2007.00461.x
- Waterston, T., Welsh, B., Keane, B., Cook, M., Hammal, D., Parker, L., & McConachie, H. (2009). Improving early relationships: a randomized, controlled



- trial of an age-paced parenting newsletter. *Pediatrics*, 123(1), 241–7. doi:10.1542/peds.2007-1872
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in head start. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 283–302. doi:10.1207/S15374424JCCP3003\_2
- Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Jamila, M. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years Parenting Program: predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 38–46. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x.Long-Term
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 479–492. doi:10.1007/BF00911103
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M. F., & Seabra-Santos, M. J. (2012). Incredible Years® Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157–169. doi:10.5093/in2012a15
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 550–553. doi:10.1037/0022-006X.57.4.550
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 558–566. doi:10.1037/0022-006X.56.4.558
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children and youth. *American Psychologist*, 58(6/7), 425–432. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.425
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60(6), 628–648. doi:10.1037/0003-066X.60.6.628
- Wells, K. C. (1997). The death of discipline: is the requiem premature? *Aggression and Violent Behavior*, 2(4), 337–341. doi:10.1016/S1359-1789(97)00019-0

- Werner, H., Molinari, L., Guyer, C., & Jenni, O. (2008). Agreement rates between actigraphy, diary, and questionnaire for children's sleep patterns. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(4), 350–358. doi:10.1001/archpedi.162.4.350
- Wertlieb, D. (2003). Converging trends in family research and pediatrics: recent findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. *Pediatrics*, 111(6), 1572–1587. Retrieved from [http://pediatrics.aappublications.org/content/111/Supplement\\_2/1572.short](http://pediatrics.aappublications.org/content/111/Supplement_2/1572.short)
- Wildman, B. G., Kizilbash, a H., & Smucker, W. D. (1999). Physicians' attention to parents' concerns about the psychosocial functioning of their children. *Archives of Family Medicine*, 8(5), 440–4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10500519>
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., & Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 262–268. doi:10.1097/00004583-200203000-00005
- Wolfson, A., Lacks, P., & Futterman, A. (1992). Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 41–48. doi:10.1037/0022-006X.60.1.41
- Wolraich, M. L., Felice, M. E., & Drotar, D. (Eds.). (1996). *The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care: diagnosis and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version*. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics.

## Y

- 
- Young, K. T., Davis, K., Schoen, C., & Parker, S. (1998). Listening to parents: a national survey of parents with young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 152(3), 255–262. doi:10.1001/archpedi.152.3.255

## Z

- 
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. a. (1997). Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165–78. doi:10.1097/00004583-199702000-00007
- Zepeda, M., Varela, F., & Morales, A. (2004). Promoting positive parenting practices through parenting education. In N. Halfon, T. Rice, & M. Inkelas (Eds.), *Building state early childhood comprehensive systems series* (pp. 1–40). California: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy.
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification: 0-3R: diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (rev. ed.). Washington, DC: Zero to Three Press.
- Zigler, E., Pfannenstiel, J. C., & Seitz, V. (2008). The Parents as Teachers program and school success: a replication and extension. *The Journal of Primary Prevention*, 29(2), 103–120. doi:10.1007/s10935-008-0132-1
- Zubrick, S. R., Ward, K. a, Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. a, Blair, E., ... Sanders, M. R. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 6(4), 287–304. doi:10.1007/s11121-005-0013-2
- Zuckerman, B. (2009). Promoting early literacy in pediatric practice: twenty years of reach out and read. *Pediatrics*, 124(6), 1660–1665. doi:10.1542/peds.2009-1207
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P., Bensing, J., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2003). Help Seeking for Emotional and behavioural problems: a review of recent literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(4), 153–161. doi:10.1007/s00787-003-0322-6
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F. M., Van der Ende, J., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2006). Change in children's emotional and behavioural problems over a one-year period: Associations with parental problem recognition and service use. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(3), 127–31. doi:10.1007/s00787-005-0513-4

# APÊNDICES

---



# APÊNDICE A

---

## Protocolo de Consentimento





## Caros pais,

Gostaríamos de convidá-los a participar no Projecto “De Pequenininho...”, organizado pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia. Este projecto pretende melhorar o **desenvolvimento, aprendizagem e comportamento** de crianças pequenas.

Para participar, terá de entregar o formulário de consentimento que se encontra no final da página. Antes de o preencher, por favor leia atentamente as informações abaixo.

### O que é o Projecto “De Pequenininho...”?

É um projecto de investigação que pretende melhorar o apoio dado aos pais de crianças pequenas, no sentido de melhorar o desenvolvimento, aprendizagem e comportamento das crianças. Nesta fase, pretendemos caracterizar o desenvolvimento e comportamento das crianças bem como as preocupações dos pais em relação à criança.

### Se aceitar participar, o que me é pedido?

Pedimos aos pais que preencham alguns questionários breves sobre o desenvolvimento e comportamento da criança: os questionários PEDS e PEDS:DM, uma ficha de caracterização e o Questionário de Capacidades e Dificuldades. Os questionários serão enviados para casa.

### Qual a vantagem de participar?

Todos os pais que participarem receberão informação sobre os resultados obtidos com os questionários e alguma informação escrita sobre formas de apoiarem a aprendizagem e desenvolvimento da sua criança.

### Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento. Se recusar participar neste estudo, isso não afectará a sua relação com o jardim-de-infância nem os cuidados prestados ao seu educando.

### Quem tem acesso aos dados?

Os dados recolhidos são totalmente confidenciais. Apenas os elementos da equipa de investigação têm acesso aos dados. Todos os pais receberão informação relativa aos resultados da sua criança.

### Se precisar de mais informação, com quem deve contactar?

Por favor, contacte com a investigadora responsável, Dra. Ana Rita Goes, para o telefone 217943636 ou e-mail [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)



## PROJECTO “DE PEQUENININHO...” – PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO

Código: ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação de \_\_\_\_\_, li a informação fornecida e

☐ Aceito (Neste caso, assinala aqui a **data de nascimento da criança** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

☐ Não aceito (assinalar com uma cruz a opção escolhida)

participar no Projecto “De Pequenininho...”, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_





# **APÊNDICE B**

---

## **Protocolo de Consentimento da Avaliação Pós-Intervenção**





**Caros pais,**

Obrigado por participarem no projeto “De Pequenininho...”.

Na primeira etapa do projeto, todos os pais preencheram alguns questionários, que nos ajudaram a fazer uma caracterização geral da aprendizagem, desenvolvimento e comportamento das crianças.

Nessa altura, por motivos que se prendem com o processo de investigação, distribuimos as famílias por dois grupos. Um grupo recebeu imediatamente os materiais de apoio do projeto e depois preenche novamente um conjunto de questionários. O outro grupo volta a preencher os questionários algumas semanas mais tarde e só depois recebe os materiais.

A Casa de Infância que a vossa criança frequenta pertence ao primeiro grupo. Por isso, **vimos agora pedir a vossa participação para a segunda etapa do projeto**. Para isso, leiam a informação abaixo e devolvam-nos o formulário de consentimento que se encontra no final da página juntamente com os questionários.

**Para participar na segunda etapa do projeto, o que tenho de fazer?**

Pedimos aos pais que preencham o segundo conjunto de questionários – Formulário de Respostas PEDS; Questionário da Criança e da Família; Questionário de Capacidades e Dificuldades; Questionário de Opinião sobre os materiais escritos. Depois, devem devolvê-los à educadora.

**Qual a vantagem de participar?**

A informação que nos disponibilizam pretende ajudar-nos a perceber a evolução da criança e as necessidades de mudança e melhoria do nosso projeto.

**Sou obrigado a participar?**

A participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento. Se recusar participar neste estudo, isso não afectará a sua relação com o jardim-de-infância nem os cuidados prestados ao seu educando.

**Quem tem acesso aos dados?**

Os dados recolhidos são totalmente confidenciais. Apenas os elementos da equipa de investigação têm acesso aos dados. Todos os pais receberão informação relativa aos resultados da sua criança.

**Se precisar de mais informação, com quem deve contactar?**

Por favor, contacte com a investigadora responsável, Ana Rita Goes, para o telefone 217943636 ou e-mail [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)



**PROJECTO “DE PEQUENININHO...” – PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO**

Código: ■ ■ ■ ■ ■ ■

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de  
educação de \_\_\_\_\_, li a informação fornecida e

☐ Aceito

☐ Não aceito (assinalar com uma cruz a opção escolhida)

participar na segunda etapa do Projeto “De Pequenininho...”, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_





**Caros pais,**

Obrigado por participarem no projeto “De Pequenininho...”.

Na primeira etapa do projeto, todos os pais preencheram alguns questionários, que nos ajudaram a fazer uma caracterização geral da aprendizagem, desenvolvimento e comportamento das crianças.

Nessa altura, por motivos que se prendem com o processo de investigação, distribuímos as famílias por dois grupos. Um grupo recebeu imediatamente os materiais de apoio do projeto e depois preenche novamente um conjunto de questionários. O outro grupo volta a preencher os questionários algumas semanas mais tarde e só depois recebe os materiais.

A Casa de Infância que a vossa criança frequenta pertence ao segundo grupo. Por isso, **vimos agora pedir a vossa participação para a segunda etapa do projeto**. Para isso, leiam a informação abaixo e devolvam-nos o formulário de consentimento que se encontra no final da página juntamente com os questionários.

**Para participar na segunda etapa do projeto, o que tenho de fazer?**

Pedimos aos pais que preencham o segundo conjunto de questionários – Formulário de Respostas PEDS; Questionário da Criança e da Família; Questionário de Capacidades e Dificuldades; Questionário de Opinião sobre os materiais escritos. Depois, devem devolvê-los à educadora.

**Qual a vantagem de participar?**

A informação que nos disponibilizam pretende ajudar-nos a perceber a evolução da criança e as necessidades de mudança e melhoria do nosso projeto.

**Sou obrigado a participar?**

A participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento. Se recusar participar neste estudo, isso não afectará a sua relação com o jardim-de-infância nem os cuidados prestados ao seu educando.

**Quem tem acesso aos dados?**

Os dados recolhidos são totalmente confidenciais. Apenas os elementos da equipa de investigação têm acesso aos dados. Todos os pais receberão informação relativa aos resultados da sua criança.

**Se precisar de mais informação, com quem deve contactar?**

Por favor, contacte com a investigadora responsável, Ana Rita Goes, para o telefone 217943636 ou e-mail [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)



**PROJECTO “DE PEQUENININHO...” – PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO**

Código: ■ ■ ■ ■ ■ ■

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação de \_\_\_\_\_, li a informação fornecida e

☐ Aceito

☐ Não aceito (assinalar com uma cruz a opção escolhida)

participar na segunda etapa do Projeto “De Pequenininho...”, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



# APÊNDICE C

---

PEDS





# FORMULÁRIO DE RESPOSTAS PEDS

(PORTUGUÊS)

Código:

Data de nascimento da criança \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade da criança \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor, indique as preocupações que tem em relação à aprendizagem, desenvolvimento e comportamento da sua criança.

Há alguma coisa que o preocupe na forma como a sua criança fala ou faz sons?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Há alguma coisa que o preocupe em relação à forma como a sua criança compreende o que lhe diz?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Há alguma coisa que o preocupe em relação à forma como a sua criança utiliza as mãos e os dedos para fazer coisas?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Há alguma coisa que o preocupe em relação à forma como a sua criança usa os braços e as pernas?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Há alguma coisa que o preocupe em relação à forma como a sua criança se comporta?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Há alguma coisa que o preocupe em relação à forma como a sua criança se dá com os outros?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Há alguma coisa que o preocupe em relação à forma como a sua criança está a aprender a fazer coisas sozinha?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Há alguma coisa que o preocupe em relação à forma como a sua criança está a aprender as coisas no jardim-de-infância ou na escola?

Marque com um círculo: Não Sim Um pouco COMENTÁRIOS:

Por favor, indique outras preocupações que tenha com a sua criança.



# APÊNDICE D

---

## Parental Behaviors and Activities Questionnaire (PBAQ)



## I. ACTIVIDADES

<b>Habitualmente, quantas vezes por semana é que um adulto da família lê uma história com a criança?</b>				
<input type="checkbox"/> Todos os dias (7 dias)	<input type="checkbox"/> 5-6 dias	<input type="checkbox"/> 3-4 dias	<input type="checkbox"/> 1-2 dias	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Com que frequência é que um adulto da família passa algum tempo a conversar com a criança?</b>				
<input type="checkbox"/> Várias vezes por dia	<input type="checkbox"/> Vários dias por semana	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Com que frequência é que um adulto da família canta canções com a criança?</b>				
<input type="checkbox"/> Várias vezes por dia	<input type="checkbox"/> Vários dias por semana	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Habitualmente, quantas vezes por semana é que um adulto da família brinca com a criança?</b>				
<input type="checkbox"/> Várias vezes por dia	<input type="checkbox"/> Vários dias por semana	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>A família segue um ritual de deitar com a criança (ex: higiene, contar uma história, dar beijinho)?</b>				
<input type="checkbox"/> Todos os dias	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca

## II. COMPORTAMENTO

<b>Quando a criança <u>SE PORTA BEM</u>, com que frequência faz cada uma das coisas que se seguem?</b>				
<b>Elogiar a criança (por exemplo, “Muito bem, fico muito contente quando arrumas os brinquedos”)</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Dar um prémio (por exemplo, um presente, dinheiro)</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Dar um privilégio (por exemplo, ir passear, fazer uma actividade especial)</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Dar atenção especial (por exemplo, um abraço, um sorriso, um beijinho)</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Quando a criança <u>SE PORTA MAL</u>, com que frequência faz cada uma das coisas que se seguem?</b>				
<b>Ignorar ou fingir que não vê</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Distrair a criança com outra actividade (por exemplo, não podemos sair, mas vamos cantar canções)</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Dizer à criança para parar de se portar mal (por exemplo, isso magoa, pára de bater à mamã)</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Aplicar uma consequência (por exemplo, não pode ver televisão, não pode ir andar de bicicleta)</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Colocar a criança num local sozinha durante algum tempo</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Dar uma palmada</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Bater várias vezes com a mão ou com um objecto</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Gritar ou ficar zangado</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Ameaçar castigar a criança mas não cumprir</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<b>Abraçar ou acariciar a criança para a acalmar</b>				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca



# APÊNDICE E

---

## Toddlers and Preschoolers Sleep Questionnaire (TPSQ)





--	--	--	--

## Instruções

Em baixo encontra um conjunto de questões relacionadas com os padrões e hábitos de sono da criança. Por favor, responda às questões utilizando os espaços ou as alternativas fornecidas.

<b>Considera que o sono da criança é um problema?</b>	
<input type="checkbox"/> Um problema muito grave	<input type="checkbox"/> Um pequeno problema <input type="checkbox"/> Não é um problema
<b>Onde é que a criança dorme?</b>	
<input type="checkbox"/> Berço ou cama, em quarto separado	<input type="checkbox"/> Berço ou cama, no quarto dos pais
<input type="checkbox"/> Na cama dos pais	<input type="checkbox"/> Berço ou cama, no quarto com um irmão
<b>A que horas é que a criança adormece à noite?</b>	<b>Durante a semana: Horas: _____ Minutos: _____</b> <b>Ao fim-de-semana: Horas: _____ Minutos: _____</b>
<b>A que horas é que a criança acorda de manhã?</b>	<b>Durante a semana: Horas: _____ Minutos: _____</b> <b>Ao fim-de-semana: Horas: _____ Minutos: _____</b>
<b>Quanto tempo dorme a criança durante o dia (sesta)?</b>	<b>Durante a semana: Horas: _____ Minutos: _____</b> <b>Ao fim-de-semana: Horas: _____ Minutos: _____</b>
<b>A criança vai para a cama à mesma hora todas as noites?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>A criança tem uma rotina da hora de ir para a cama?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>Como é que a criança adormece?</b>	
<input type="checkbox"/> Enquanto come (por exemplo, a beber o biberão)	<input type="checkbox"/> É embalada <input type="checkbox"/> No colo
<input type="checkbox"/> Na cama sozinha <input type="checkbox"/> Na cama com um adulto	<input type="checkbox"/> Na cama, como um adulto no quarto
<b>A criança dorme com uma luz acesa durante a noite?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>A criança usa chucha para dormir?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>A criança resiste a ir para a cama à noite (por exemplo, chora, faz birra, levanta-se)?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>Quanto tempo é que a criança demora a adormecer à noite?</b>	<b>Horas: _____ Minutos: _____</b>
<b>A criança tem dificuldade em adormecer à noite?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>A criança acorda durante a noite?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>Quantas vezes por noite é que a criança costuma acordar?</b> _____	
<b>Quanto tempo é que a criança demora a voltar a adormecer?</b>	<b>Horas: _____ Minutos: _____</b>
<b>A criança acorda para comer durante a noite?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>A criança vai para a cama dos pais durante a noite?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>A criança acorda durante a noite a gritar, a chorar, a suar e inconsolável?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	
<b>A criança acorda durante a noite assustada com um pesadelo?</b>	
<input type="checkbox"/> Muitas vezes (5-7 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (2-4 vezes p/ semana) <input type="checkbox"/> Raramente (0-1 vez p/ semana)	



# **Apêndice F**

---

## **Questionário de Caracterização**





## FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Código: ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Quem preenche os questionários é: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avó/Avô ☐ Irmã/Irmão ☐ Outro

Data do preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### I. INFORMAÇÃO ACERCA DOS PAIS DA CRIANÇA

#### Estado civil dos pais:

☐ Solteiros ☐ Casados ☐ Vivem maritalmente ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ Outro

Idade do Pai: \_\_\_\_ anos

Idade da Mãe: \_\_\_\_ anos

#### Escolaridade do Pai:

☐ 4º ano ou menos ☐ 5º, 6º, 7º, 8º ou 9º ano ☐ 10º, 11º ou 12º ano ☐ Licenciatura ou mais

#### Qual das seguintes opções descreve melhor o emprego do pai?

☐ Trabalhador por conta de outrem ☐ Trabalhador por conta própria ☐ Reforma/Pensão  
☐ Trabalho incerto ☐ Trabalho doméstico ☐ Desempregado

#### Escolaridade da Mãe:

☐ 4º ano ou menos ☐ 5º, 6º, 7º, 8º ou 9º ano ☐ 10º, 11º ou 12º ano ☐ Licenciatura ou mais

#### Qual das seguintes opções descreve melhor o emprego da mãe?

☐ Trabalhadora por conta de outrem ☐ Trabalhadora por conta própria ☐ Reforma/Pensão  
☐ Trabalho incerto ☐ Trabalho doméstico ☐ Desempregada

#### Nº total de filhos:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais

### II. INFORMAÇÃO ACERCA DA CRIANÇA

Idade: \_\_\_\_ anos

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

#### Com quem vive a criança? (assinale com uma cruz todas as opções que se aplicam)

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avó/Avô ☐ Irmã/Irmão ☐ Outros

#### Esta criança é o:

☐ 1º Filho ☐ 2º Filho ☐ 3º Filho ☐ 4º Filho ou mais

#### A criança tem necessidades educativas especiais (apoio do ensino especial)?

☐ Sim ☐ Não

#### A criança tem algum problema de saúde importante?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

#### Alguma vez foi diagnosticado à criança algum problema de desenvolvimento?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

#### A criança tem algum tipo de apoio especial (terapia da fala, psicologia, pedopsiquiatria)?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_



# **Apêndice G**

---

## **Questionário de Satisfação com a Intervenção**





## Questionário de Opinião sobre as Brochuras “Ajuda-me a crescer”



O projeto “De Pequenino...” enviou-lhe as brochuras “Ajuda-me a crescer” sobre o desenvolvimento e comportamento da criança. Gostaríamos de saber a sua opinião sobre elas. Por favor, responda às questões abaixo, escrevendo a sua opinião ou escolhendo a resposta mais adequada.

**De uma forma geral, qual a sua opinião sobre as brochuras “Ajuda-me a crescer”?**

---

---

**Imagine que tinha recebido as brochuras “Ajuda-me a crescer” no correio. O que faria?**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lia                   | Dava uma vista        | Guardava              | Dava a um amigo       | Deitava para o        |
| <input type="radio"/> | de olhos              | <input type="radio"/> | ou familiar           | lixo                  |
|                       | <input type="radio"/> |                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**O que teve oportunidade de ler nas brochuras que recebeu?**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tudo                  | A maior parte         | Cerca de metade       | Passei os olhos       | Nada                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Qual o assunto que gostou mais de ler?**

---

---

**As brochuras deram-lhe alguma informação que lhe fizesse falta?**

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Muita                 | Bastante              | Alguma                | Pouca                 | Nenhuma               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**As brochuras “Ajuda-me a crescer” ajudaram-me a...**

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Saber o que esperar que a minha criança seja capaz de fazer em cada idade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar oportunidades à minha criança para explorar e aprender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter mais ideias sobre brincadeiras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversar com a minha criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contar histórias à minha criança com mais regularidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter mais ideias sobre formas de ajudar a criança a dormir bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter mais ideias para ensinar a minha criança a portar-se bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envolver a criança quando lhe conto histórias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Qual a informação ou sugestão das brochuras que considera mais importante lembrar?**

---

**Consegue imaginar-se a pôr em prática algumas das sugestões dadas nas brochuras?**

A maioria

☐

Muitas

☐

Algumas

☐

Poucas

☐

Nenhumas

☐

**Deixe-nos as suas sugestões para melhorarmos as brochuras.**

---

---

## Questionário de Opinião sobre as Brochuras “Se...”

O projeto “De Pequenininho...” enviou-lhe alguns materiais dirigidos para as suas preocupações com o comportamento da criança (por exemplo, birras, agressividade, timidez, medos). Por favor, dê-nos a sua opinião sobre esses materiais.

Como classifica o material que recebeu sobre ?

Muito bom

☐

Bom

☐

Razoável

☐

Mau

☐

Muito mau

☐

O material que recebeu deu resposta às suas preocupações e necessidades?

Sim,  
completamente

☐

Sim, à maioria

☐

Mais ou menos

☐

Não, apenas a  
uma parte

☐

Não, a nenhuma

☐

A informação que recebeu ajudou-o a lidar de forma mais eficaz com o comportamento da criança?

Sim, ajudou  
muito

☐

Sim, ajudou

☐

Mais ou menos

☐

Não, não ajudou  
muito

☐

Não, fez com que  
piorasse

☐

Conseguiu pôr em prática as sugestões dadas?

Sim,  
completamente

☐

Sim, a maioria

☐

Mais ou menos

☐

Não, apenas uma  
parte

☐

Não, nenhuma

☐

Neste momento, como está o seu nível de preocupação com os aspetos para os quais recebeu informação – ?

Nada preocupado

☐

Menos  
preocupado

☐

Na mesma

☐

Mais preocupado

☐

Muito mais  
preocupado

☐

Neste momento, como está o comportamento da criança na área que o preocupava – ?

Muito melhor

☐

Melhor

☐

Na mesma

☐

Pior

☐

Muito pior

☐

Depois de receber os materiais sobre  procurou outro tipo de ajuda ou apoio?

Não

☐

Sim

☐

Qual? \_\_\_\_\_

Neste momento, sente necessidade de mais apoio para resolver o aspeto que o preocupava?

Não

☐

Sim

☐

Qual? \_\_\_\_\_

Se precisar de mais informação ou apoio em relação ao desenvolvimento e comportamento da criança, pensa recorrer ao projeto “De Pequenininho...”?

Sim, certamente

☐

Sim,  
provavelmente

☐

Talvez

☐

Não, não me  
parece

☐

Não, de forma  
nenhuma

☐



# APÊNDICE H

---

## Exemplos de Devolução de Informação aos Pais





## Exemplo para Trajetória E

**Caros pais,**

Obrigado por participarem no projecto “De Pequenino...”. Os primeiros anos de vida são muito importantes para o futuro das nossas crianças. Por isso, é essencial estarmos atentos à sua aprendizagem, desenvolvimento e comportamento.

Os questionários que preencheram, permitiram fazer uma caracterização geral da aprendizagem, desenvolvimento e comportamento do **(nome da criança)**. É importante sublinhar que os questionários que usámos não são um teste de desenvolvimento. Estes questionários permitem-nos apenas identificar as áreas em que a criança parece estar a sair-se bem e as áreas em que podem existir algumas dificuldades.

**A vossa criança parece estar a sair-se bem nas seguintes áreas:**

- Usar as mãos e os dedos para fazer coisas
- Ouvir e compreender
- Falar
- Usar os braços e as pernas
- Aprender a tomar conta de si próprio
- Aprender a relacionar-se com os outros e a comportar-se adequadamente
- Aprender competências pré-escolares

Considerando a interpretação dos questionários, o **(nome da criança)** parece estar a desenvolver-se de forma semelhante a outras crianças da mesma idade. Gostaríamos apenas de vos dar alguma informação sobre a etapa do desenvolvimento que a vossa criança está a atravessar e sobre coisas que podem fazer em casa para a ajudarem a continuar a progredir de forma adequada. **Consultem os materiais que enviamos e estejam atentos aos desafios que vos vamos deixar ao longo dos próximos meses!**

Se tiverem alguma dúvida, pergunta ou dificuldade, não hesitem em contactar-nos.

Muito obrigada pela vossa participação no projecto “De Pequenino...”!



Se **deseja mais informação**  
sobre o desenvolvimento e  
comportamento da sua  
criança, contacte-nos para:  
▪ [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)



## Exemplo para Trajetória C

**Caros pais,**

Obrigado por participarem no projecto “De Pequenininho...”. Os primeiros anos de vida são muito importantes para o futuro das nossas crianças. Por isso, é essencial estarmos atentos à sua aprendizagem, desenvolvimento e comportamento.

Os questionários que preencheram, permitiram fazer uma caracterização geral da aprendizagem, desenvolvimento e comportamento da **(nome da criança)**. É importante sublinhar que os questionários que usámos não são um teste de desenvolvimento. Estes questionários permitem-nos apenas identificar as áreas em que a criança parece estar a sair-se bem e as áreas em que podem existir algumas dificuldades.

**A vossa criança parece estar a sair-se bem nas seguintes áreas:**

- Usar as mãos e os dedos para fazer coisas
- Ouvir e compreender
- Falar
- Usar os braços e as pernas
- Aprender a tomar conta de si próprio
- Aprender competências pré-escolares

**Ficámos com algumas preocupações** em relação à aprendizagem, desenvolvimento e comportamento da criança nas **seguintes áreas:**

- Aprender a relacionar-se com os outros e a comportar-se adequadamente

Considerando a interpretação dos questionários, a (nome da criança) parece estar a desenvolver-se de forma semelhante a outras crianças da mesma idade numa série de áreas. Contudo, o comportamento da criança parece estar a trazer alguns desafios para os pais. Gostaríamos de vos dar alguma informação sobre coisas que podem fazer em casa para ajudar a criança a portar-se melhor.

**Vejam os materiais que vos enviamos e estejam atentos aos cartões semanais!**

Mudar o comportamento de uma criança leva tempo e consome paciência. É importante não ter pressa e dar um passo de cada vez. Sigam as sugestões dos cartões semanais!

Se tiverem alguma dúvida, pergunta ou dificuldade, não hesitem em contactar-nos.

Muito obrigada pela vossa participação no projecto “De Pequenino...”!

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)



## Exemplo para Trajetória B

**Caros pais,**

Obrigado por participarem no projecto “De Pequenininho...”. Os primeiros anos de vida são muito importantes para o futuro das nossas crianças. Por isso, é essencial estarmos atentos à sua aprendizagem, desenvolvimento e comportamento.

Os questionários que preencheram, permitiram fazer uma caracterização geral da aprendizagem, desenvolvimento e comportamento do **(nome da criança)**. É importante sublinhar que os questionários que usámos não são um teste de desenvolvimento. Estes questionários permitem-nos apenas identificar as áreas em que a criança parece estar a sair-se bem e as áreas em que podem existir algumas dificuldades.

**A vossa criança parece estar a sair-se bem nas seguintes áreas:**

- Usar as mãos e os dedos para fazer coisas
- Ouvir e compreender
- Usar os braços e as pernas
- Aprender a tomar conta de si próprio
- Aprender competências pré-escolares

**Ficámos com algumas preocupações** em relação à aprendizagem, desenvolvimento e comportamento da criança nas **seguintes áreas:**

- Falar
- Aprender a relacionar-se com os outros e a comportar-se adequadamente

Considerando a interpretação dos questionários, o (nome da criança) parece estar a desenvolver-se de forma semelhante a outras crianças da mesma idade numa série de áreas. Contudo, as tarefas relacionadas com a linguagem parecem estar a ser mais difíceis para a criança. Por outro lado, o

comportamento do (nome da criança) parece estar a trazer alguns desafios para os pais. Gostaríamos de nos disponibilizar para conversar um pouco com os pais, para percebermos melhor as vossas preocupações. Dessa forma, conseguiremos perceber melhor que apoio vos podemos dar. Por favor, falem com a educadora para agendar esta conversa.

**Entretanto, consultem os materiais que enviamos sobre a etapa do desenvolvimento da vossa criança e estejam atentos aos desafios que vos vamos deixar ao longo dos próximos meses!**

Se tiverem alguma dúvida, pergunta ou dificuldade, não hesitem em contactar-nos.

Muito obrigada pela vossa participação no projecto “De Pequenino...”!

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)

# APÊNDICE I

---

## PEDS:DM





# PEDS:DM

## Questionário da Família

Código: ■ ■ ■ ■ ■ ■

**Caros Pais,**

Queremos muito saber como está a vossa criança em termos de desenvolvimento, aprendizagem e comportamento. Por favor, contem-nos o que a criança já consegue fazer. Leiam atentamente cada item e escolham a alternativa que melhor descreve o que a criança consegue fazer. As classificações devem basear-se nas vossas observações do comportamento da criança. Se não tiverem a certeza, experimentem com a criança. Se precisarem de ajuda, peçam a um elemento da equipa de investigação ou à educadora.

Se a criança não fizer alguma coisa bem, por favor, digam-lhe: “Boa tentativa” ou “Vamos continuar”.

Se a criança for suficientemente crescida, certifiquem-se de que realiza as tarefas nos espaços disponíveis. Se precisarem de mais papel, enviem-no junto com este questionário.

**Obrigado pela vossa ajuda!**



## Espaço para desenhar

Por favor, divirta-se a ler isto para a sua criança:

### Hora de vestir

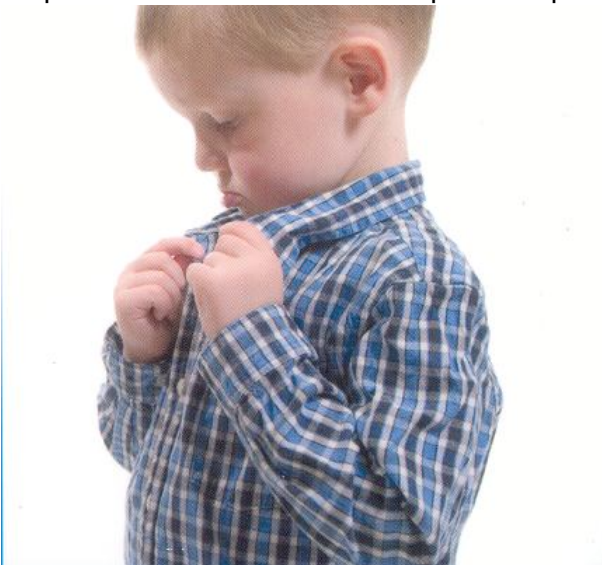
A mamã tinha de ir para o trabalho. O menino tinha de ir para a escola. Ela queria que ele se vestisse a tempo para ela não se atrasar. Ela queria que ele conseguisse vestir-se sozinho porque lhe tinha ensinado como vestir as calças e a camisa e os sapatos, e embora ele ainda precisasse de ajuda com os botões. Mas nos outros dias ele não se vestia porque eles atrasavam-se. Ela tentou falar com ele, mas o menino só queria brincar e não se despachava para ir embora. A mamã tentou gritar com ele. Mas isso também não resultou. Ela tentou ser ela a vesti-lo mas isso também fazia com que se atrasasse.

Um dia ela pensou “Tem de haver uma maneira melhor.” Então ela disse “Muito bem, vestido ou não, daqui a cinco minutos saímos – quando o ponteiro grande estiver no três.” Ela voltou a lembrá-lo uns

minutos antes dos cinco minutos chegarem ao fim. Mas mesmo assim, o menino não se vestiu. Então a mãe disse “Muito bem, vamos para escola mesmo como estás.”

O menino olhou para ela surpreendido. Ele não queria acreditar que ela o ia levar para a escola de pijama. Mas foi isso mesmo que a mãe fez. A mamã pegou nas roupas dele e levou-o para o carro de pijama. E adivinha? O menino vestiu-se no carro – muito depressa.

Depois disso, ele veste-se todos os dias sozinho (menos os botões) e está sempre pronto quando é hora de sair!



Por favor, diga-nos o que a sua criança consegue fazer. Se não tem a certeza, tente! Utilize as imagens se ajudarem. Se precisar de mais ajuda, peça-nos!

Quando tentar com a sua criança, por favor diga-lhe “**boa tentativa**” mesmo que não esteja certo.

Por favor, utilize uma caneta para preencher os quadrados ■ com a resposta que escolheu.


A criança consegue desenhar uma pessoa com alguma destas partes: cabeça, pernas, braços, olhos?	Não	■
	1 parte	<input type="checkbox"/>
	2 ou mais partes	<input type="checkbox"/>

Se pedir à criança para fazer duas coisas, ela consegue lembrar-se de fazer as duas? Experimente pedir-lhe isto: “Põe-te de pé e põe o brinquedo na cadeira” ou “Dá-me o livro e põe as tuas mãos na tua cabeça.”	Não	<input type="checkbox"/>
	Faz uma coisa	<input type="checkbox"/>
	Sim, faz as duas coisas	■

Pergunte à criança “O que fazemos com as tesouras?” E depois “Para que servem os frigoríficos?” A criança usa palavras como cortar, manter a comida fria ou fazer gelo?	Não	■
	Uma correcta	<input type="checkbox"/>
	Dois ou mais correctas	<input type="checkbox"/>
Se mostrar uma moeda de um cêntimo à criança e lhe perguntar “O que é isto?”, ela diz cêntimo?	Responde “cêntimo”	<input type="checkbox"/>
	Responde com qualquer outra coisa	■
	Não	<input type="checkbox"/>

**Exemplo**

Continuar!



Como é que a criança desce escadas?	Não tem escadas por perto	<input type="checkbox"/>
	Gatinha ou agarra-se com uma mão	<input type="checkbox"/>
	Põe ambos os pés em cada degrau	■
	Troca de pé em cada degrau	<input type="checkbox"/>

A criança usa a casa-de-banho sem ser preciso lembrá-la?	Não	<input type="checkbox"/>
	Algumas vezes	■
	A maioria das vezes	<input type="checkbox"/>

A criança gosta de fazer favores ou gosta de o surpreender ajudando a fazer coisas?	Não	<input type="checkbox"/>
	Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
	Sim	■



# **Apêndice J**

---

## **Brochuras “Ajuda-me a crescer”**





Ajuda-me a crescer

2

## Já tenho 2 anos

### Dois anos? Ai, ai, ai...

Entre os dois e os três anos, os pais podem esperar muitas mudanças na criança. A criança vai aprender muitas coisas novas, que lhe vão permitir ser mais autónoma. Embora ainda precise muito dos pais, a criança quer muito ser independente. Isto pode trazer-lhe alguma frustração e representar um desafio para os pais. Os dois anos de idade têm até sido apelidados de **terríveis**. A paciência, encorajamento, amor e apoio dos pais são essenciais para a criança se sentir capaz e segura.

### Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. O que os pais fazem neste período ajuda a criança a crescer saudável.



**Relação** – A criança precisa que os pais sejam afectuosos e carinhosos e que brinquem, conversem, cantem canções, contem histórias e a envolvam nas tarefas domésticas (ex: pôr a mesa).

**Rotinas** – A criança precisa de rotinas regulares, como a hora das refeições, a hora de levantar e de deitar. As rotinas tornam o dia-a-dia previsível e por isso ajudam a criança a sentir-se segura e melhoram a sua cooperação.

**Regras** – A criança precisa de regras firmes e consistentes, que a ajudam a aprender o que pode e não pode fazer (“Não se bate”) e precisa de saber o que acontece se não cumprir.

**Recompensas** – A criança precisa que os pais se mostrem satisfeitos quando se porta bem: um abraço, um maminho, um elogio ou uma ida ao parque são boas recompensas para quem se esforça para portar bem.

## Como é ter 2 anos?

Durante este ano, os pais vão poder observar uma série de mudanças na forma como a criança se movimenta, fala, compreende, se relaciona com os outros e se sente. No dia-a-dia, há uma série de pequenas coisas que os pais podem fazer para apoiar a criança nesta aventura que é crescer.

Fazer coisas de todos os dias ajuda a criança a desenvolver-se...

### Como me movimento

- Corro, salto, trepo, dou pontapés, pedalo
- Seguro nos lápis e marcadores e rabisco
- Seguro na colher e levo-a à boca
- Visto e dispo algumas roupas

### ... podes Brincar

- ★ Brinca comigo na rua
- ★ Dá-me papel, lápis, tintas para desenhar
- ★ Encoraja-me a comer sozinho
- ★ Veste-me roupas fáceis

### Como falo e compreendo

- Sei muitas palavras novas
- Faço frases com 2-4 palavras
- Começo a contar
- Sei seguir instruções ("Dá o carro à mãe")

### ... podes Conversar

- ★ Diz-me os nomes do que vemos
- ★ Conta-me histórias
- ★ Conta comigo: mãos, dedos, beijinhos
- ★ Pede-me coisas simples

### Como me dou com os outros

- Gosto de brincar junto de outras crianças
- Estou a ficar mais independente
- Tenho dificuldade em partilhar
- Posso bater, morder ou empurrar

### ... podes Guiar-me

- ★ Leva-me ao parque
- ★ Encoraja-me a fazer coisas sozinho
- ★ Mostra-me como se faz: partilha comigo
- ★ Diz-me NÃO de forma firme

### Como me sinto

- Mudo de humor com facilidade
- Quero tudo à minha maneira
- Quero ser crescido, mas preciso de vocês
- Gosto de rotinas

### ... podes Respeitar

- ★ Conversa comigo sobre o que sinto
- ★ Quando não pode ser, deves ser firme
- ★ Dá-me segurança quando me assusto
- ★ Torna o meu dia previsível com rotinas

**As crianças aprendem e desenvolvem-se a ritmos diferentes.** Algumas crianças podem fazer as coisas descritas mais cedo ou mais tarde. A maioria das diferenças são normais. Se os pais estiverem preocupados com uma ou mais áreas em que a criança não esteja a progredir, devem consultar os profissionais de saúde.



## Comportamento

A criança consegue fazer uma série de coisas novas e quer fazer muitas mais. Muitas vezes não consegue, fica frustrada e faz birras. Na sua luta pela independência, pode também começar a desafiar os pais. Usa muitas vezes a palavra **NÃO**. Os pais devem escolher bem as suas batalhas e ser firmes com coisas realmente importantes, como a protecção e segurança da criança.



## Sono

A criança precisa de 12-13 horas de sono por dia. As crianças precisam de aprender a adormecer sozinhas. Estabelecer uma **rotina de sono** e encorajar a criança a adormecer sozinha é essencial.



## Alimentação

A criança já consegue alimentar-se sozinha. É habitual não conseguir estar muito tempo à mesa. Muitas crianças recusam comer alguns alimentos ou rejeitam alimentos novos. Isto é normal. Os pais devem oferecer alimentos diversificados, sugerir que prove novos sabores, mas não insistir demasiado.



## Deixar a fralda

Deixar de usar fralda é um importante marco no desenvolvimento da criança. Há muitas formas de aprender e cada criança tem o seu ritmo e a sua forma de aprender. Mas o mais importante é garantir que a criança **está preparada**, por exemplo: consegue manter a fralda seca durante algumas horas, mostra que está a urinar (fica quieta, baixa-se, etc) . Não é preciso ter pressa!



## Ideias para brincar

**Bolas de sabão:** Faça bolas de sabão para a criança apanhar e rebentar.

**Construções e puzzles:** Escolha blocos que sejam fáceis de empilhar e *puzzles* fáceis de encaixar e com 3-6 peças.

**O rei manda:** Envolver várias pessoas neste jogo. Uma pessoa é o rei, que dá instruções e os outros obedecem – “O rei manda bater palmas”.

**Almofadas:** Envolver várias crianças neste jogo. Ponha música e peça às crianças que dançam à volta de um grupo de almofadas (deve faltar uma almofada). Quando a música pára, todas devem procurar uma almofada para se sentar.





## Contar histórias, cantar canções e conversar

As capacidades de falar e de ler desenvolvem-se desde os primeiros anos de vida. Estas capacidades são essenciais para o desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Há muitas coisas que os pais podem fazer para as apoiar.



**Converse:** Diga os nomes dos objectos e do que está a fazer para ajudar a alargar o vocabulário da criança. Faça perguntas

**Cante canções e diga lenga-lengas:** Aproveite momentos da rotina diária (viagens de carro, hora do banho).

**Coloque livros à disposição:** Escolha livros coloridos com imagens, sobre animais, crianças, alimentos, cores. As crianças adoram folhear os livros e ver as imagens como forma de brincadeira.

**Conte histórias todos os dias:** Leia o livro que a criança pedir, mesmo que seja sempre o mesmo. Deixe a criança virar as páginas, leia devagar e de forma expressiva (faça vozes diferentes) e conversem sobre as imagens ("O que é isto?") e sobre a história ("O que irá acontecer?"). Divirtam-se!

**Encoraje a escrita:** Dê à criança papéis, lápis e canetas e incentive-a a desenhar.

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Porque é que a criança chora tanto quando a deixamos na creche/ama/avó?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança morde?
- ☐ O que posso fazer quando a criança faz birras?
- ☐ Será altura de deixar de usar fralda?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



Ajuda-me a crescer

2

## Rotinas e sono

### “Não quero tomar banho!”

A criança está a aprender muitas coisas novas e a tornar-se independente. Isso pode fazer com que se sinta insegura e se torne mais resistente. Consistência é palavra de ordem. As **rotinas** tornam os dias parecidos e dão segurança à criança: a criança já sabe que se tem fome vem aí a refeição, que irá tomar banho mesmo que resista.

### Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. Vamos discutir o papel das rotinas na vida da criança.

**Rotinas** – As rotinas ajudam a criança e a família a saber o que é preciso fazer, quando, em que ordem, por quem. Tornam os dias mais previsíveis e ajudam a criança a sentir-se segura e a portar-se melhor.

- ★ Não há uma regra sobre o número e o tipo de rotinas que as famílias devem ter. Rotinas diferentes funcionam bem em famílias diferentes. Experimentem e simplifiquem!

- ★ As rotinas devem considerar as necessidades de toda a família. Por exemplo, considerem a hora a que saem e a que habitualmente chegam a casa para encontrarem tempo para a higiene, alimentação, sono, brincadeiras.
- ★ Organizem as rotinas da criança à volta da alimentação, do sono e da higiene. Para além destes, reservem tempo para coisas importantes, como brincar, estar com os pais, contar histórias.



## Como é ter 2 anos?

A criança de 2 anos está sempre a explorar e a aprender. Nesta idade, a criança aprende através dos sentidos e das experiências. Por isso, a aprendizagem toma lugar através da brincadeira.



**Brincar é uma actividade obrigatória nas rotinas da criança!**

### A criança aprende:

- Fazendo
- Através do movimento
- Sendo encorajada e elogiada
- Através dos sentidos
- Construindo coisas
- Através da linguagem e histórias
- Brincando com outras crianças
- Observando e imitando os outros
- Brincando ao faz-de-conta

## Ideias para brincar

A melhor forma de apoiar as aprendizagens da criança é disponibilizar-lhe oportunidades variadas de brincadeira e deixá-la escolher: actividades físicas, faz-de-conta, trabalhos manuais, jogos...



As crianças adoram **brinquedos**, mas não é preciso serem muitos, nem muito caros, nem muito sofisticados. **Aos 2 anos, a criança gosta de:**

- Bolas pequenas e grandes
- Triciclo
- Carros para puxar e empurrar
- Blocos grandes para construções
- Lápis, canetas, tintas, papel, revistas, plasticina
- Puzzles simples, jogos de formas
- Bonecas para vestir e despir
- Roupas e acessórios para disfarces
- Livros
- Instrumentos musicais

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

**Escuta:** faça sons e peça à criança para descobrir o que é (cão, carro, trovão)

**Dança:** ponha música e dancem juntos

**Leões adormecidos:** finjam dormir

## Hora da caminha

O sono é essencial para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso mesmo, é uma tarefa central na sua **rotina**.

Para dormir bem, a criança tem de aprender bons hábitos de sono, como adormecer sozinha. Contudo, conseguir que a criança sossegue ou que durma toda a noite pode tornar-se um desafio. Por isso, é muito importante promover bons hábitos de sono.



## O sono aos 2 anos

- \* Precisa de 10-12 horas de sono durante a noite e 1-2 horas de sesta.
- \* Pode resistir a ir para a cama porque quer continuar a explorar e brincar.
- \* À noite, pode ter medos ou dificuldade em separar-se dos pais.
- \* Gosta de usar objectos de conforto, como um cobertor, fralda, boneco.

## Como conseguir uma boa noite de sono?

- \* Manter rotinas diárias consistentes e fazer actividade física durante o dia.
- \* Evitar bebidas e alimentos com cafeína (chá, refrigerantes, chocolate).
- \* Evitar brincadeiras muito activas antes de deitar.
- \* Evitar usar a cama para outras actividades para além dormir.
- \* Ajudar a criança a acalmar-se (um banho quente, uma “massagem”).
- \* Garantir um espaço adequado ao sono: uma temperatura agradável, silencioso, escurecido, sem televisão.
- \* Manter uma hora de deitar e de levantar consistente.
- \* Manter uma rotina de sono.

## Como estabelecer a hora de deitar?

- \* Considere o número de horas de sono de que a criança precisa.
- \* Considere a hora de acordar adequada para a família.
- \* Parta da hora de acordar e ande para trás o número de horas de sono necessário para encontrar a hora de deitar desejável.

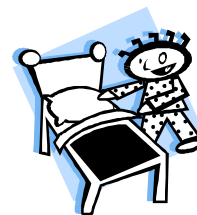


## Como estabelecer uma rotina de sono?

Uma rotina de sono implica envolver a criança numa série de actividades calmas nos 20-30 minutos antes de deitar. Por exemplo:

- \* Lembrar que é hora de sossegar.
- \* Ir à casa de banho tratar da higiene.
- \* Fazer actividades sossegadas (contar uma história ou cantar uma canção).
- \* Deitar, aconchegar e dar beijinho.

- ! O mais importante é
- manter a rotina consistente, isto é o mesmo tipo de actividades, pela mesma ordem, mais ou menos à mesma hora, **todas as noites**.



## E quando as “boas noites” são difíceis?

- \* Garanta que a criança tem tudo o que precisa antes de sair do quarto.
- \* Se a criança chamar, tente não responder.
- \* Se a criança tem medo de alguma coisa, mostre rapidamente que está tudo bem e volte a sair.
- \* Se a criança se levantar, conduza-a de volta para a cama e lembre-lhe que deve ficar deitada, de forma firme e calma. Não converse nem rale.
- \* Se já tentaram tudo e continua a ser difícil, **procurem os profissionais de saúde**.

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ Será que deve tirar a fralda à noite?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



Ajuda-me a crescer

2

# Comportamento

## “Não, não, não!”

A criança de dois anos está a aprender a ser independente e pode tornar-se resistente e desafiadora. A palavra “não” pode tornar-se uma das suas preferidas. Este negativismo é normal. A criança também é muito impulsiva e fica frustrada com facilidade. Por isso, pode fazer birras, bater, morder. Para a criança aprender a controlar o seu comportamento, é preciso guiá-la de forma positiva. Os pais devem evitar dar mais atenção aos comportamentos negativos do que aos positivos.

## Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. Vamos discutir como ensinar a criança a portar-se bem usando os 4 Rs.

**Relação** – Os pais devem **dar atenção** à criança quando se porta bem: parem, aproximem-se, observem, escutem e comentem o que a criança está a fazer.

**Rotinas** – Os pais devem **preparar** a criança para as transições (“É hora do banho! Vamos conduzir o carrinho até à casa-de-banho”) e para os desafios (“Vamos ao supermercado, mas só vamos comprar comida”).

**Regras** – Os pais devem estabelecer **regras claras** sobre coisas importantes, como a segurança (“Temos de pôr o cinto para andar de carro), e a forma de tratar os outros (“Não se bate”).

**Recompensas** – Os pais devem **elogiar** e **encorajar** frequentemente os comportamentos positivos da criança (“Boa! Que torre fantástica que construístel!”).



## Como é ter 2 anos?

A criança está muito centrada em si própria e nos seus desejos. Fica frustrada quando lhe estabelecem limites e mostra-o. Também é muito possessiva e tem dificuldade em partilhar ou perceber que não é seu. Para além disso, é-lhe muito difícil resistir à tentação, mesmo que saiba que é proibido.

Brincar, fantasiar e fazer de conta ajuda a criança a aprender competências sociais importantes, como partilhar, esperar a sua vez, cooperar, seguir regras, resolver problemas. A criança pequena pode ter amigos imaginários com quem brinca.

## Ideias para brincar

Quando brinca ao faz-de-conta, a criança experimenta situações sociais e ensaia formas de as resolver. Por sua vez, os jogos ajudam a criança a aprender a seguir regras e instruções.



### Brincar ao faz-de-conta

- Roupas e acessórios para disfarces
- Bonecas para vestir, despir e cuidar
- Utensílios de cozinha de plástico
- Ferramentas de brincar
- Telefone de brincar

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

- **Faz-de-conta:** deixe a criança conduzir a brincadeira e participe de acordo com as instruções dela. Faça perguntas e comentários sobre o que a criança está a fazer.
- **Escuta e faz:** cantem ao som da música “Frei João” e sigam a letra.  
*Anda, anda*  
*Anda, anda*  
*Salta, salta*  
*Salta, salta*  
*Corre, corre, corre*  
*Corre, corre, corre*  
*Pára, pára*  
*Pára, pára*
- **Detective:** coloque alguns objectos em cima da mesa. Um tapa os olhos e o outro retira um objecto. Quem tapou os olhos tem de descobrir o que foi. Depois trocam de papéis.

## Aprender a portar-se bem

Lidar com o comportamento da criança é um dos maiores desafios de ser pai. Para a criança aprender a portar-se bem, é preciso guiar o seu comportamento de forma positiva e ensinar-lhe o que é adequado.



## Encorajar comportamentos adequados

**Dar instruções claras:** Os pais devem garantir que a criança está a ouvir, dar a instrução de forma afirmativa (“Despe o pijama” em vez de “Podes despir o pijama?”), assegurar que a criança consegue seguir a instrução (“Despe o pijama, agora veste a camisola...” em vez de “Veste-te”) e garantir que cumpre, lembrando-a.

**Dar atenção e ouvir:** Quando a criança fala ou se porta bem, os pais devem mostrar que estão atentos: aproximar-se da criança, observar, olhar nos olhos, sorrir e comentar as coisas que está a dizer e a fazer.

**Dar o exemplo:** A criança faz o que vê fazer. Se quer ouvir “por favor”, diga.

**Elogiar e premiar:** Devem elogiar e premiar os comportamentos adequados. Os elogios devem dirigir-se para os comportamentos positivos e não apenas para comportamentos perfeitos. Para ser mais eficaz, devem descrever o comportamento (“Gosto muito quando partilhas os carrinhos” em vez de “És um menino lindo”). Também podem premiar a criança com uma história, um passeio ou uma brincadeira juntos (“Como te vestiste depressa, podemos ir ao parque”).

## Evitar comportamentos desadequados

**Reduzir a tentação:** Retirem objectos proibidos do alcance da criança.

**Escolher as batalhas:** Guardem o NÃO para as coisas mesmo importantes.

**Dar escolhas:** “Não podemos ir ao parque, mas podemos ler uma história ou fazer um puzzle. O que preferes?”.

**Estabelecer regras consistentes:** A criança deve antecipar o que pode e não pode fazer (“Não se bate”).

**Manter rotinas:** Saber o que acontece a seguir ajuda a criança a organizar-se.

**Preparar transições:** “Daqui a um bocadinho, vamos tomar banho”.



## Desencorajar comportamentos desadequados

**Distrair:** Devem lembrar à criança a regra ou dar uma instrução (“Não se salta no sofá”) e dirigi-la para outra actividade (“Podemos saltar no chão”).

**Ignorar:** Se a criança está a chamar a atenção e não é perigoso, podem afastar-se, não olhar nem falar com a criança e esperar que pare.

**Tempo de sossego:** Se a criança não consegue parar, podem dar-lhe tempo.

- ★ Escolher um canto da casa ou uma cadeira, afastado de outras pessoas e sem distrações – a criança não deve poder brincar ou entreter-se.
- ★ Usar um tom de voz calmo e explicar “Estás muito nervoso. Precisas de te acalmar”.

- ★ Se a criança se recusar a ir, conduzi-la ao local do tempo de sossego.
- ★ O tempo de sossego deve durar um minuto por cada ano de idade.
- ★ Durante o tempo de sossego, devem ignorar a criança.
- ★ Quando o tempo passa, oferecer uma actividade divertida “Já estás mais calmo, podemos ir fazer bolas de sabão”. Não dar sermões.

**Consequências:** Podem atribuir uma consequência relacionada (Se não bebe a água sossegado e entorna, tem de limpar) ou retirar um privilégio (Se bate ao irmão, não vê TV à tarde).

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança morde?
- ☐ O que posso fazer quando a criança faz birras?
- ☐ Será altura de deixar de usar fralda?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



De Pequenininho...

Ajuda-me a crescer

3

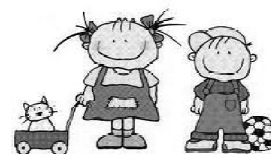
## Já tenho 3 anos

### “Eu faço sozinho”

Entre os três e os quatro anos, a criança consegue fazer cada vez mais coisas e fica cada vez mais independente. Quer fazer tudo sozinha e quer ajudar os pais em tudo. O papel dos pais é guiar a criança e mantê-la segura à medida que tenta fazer coisas novas. E vão precisar de muita paciência para conseguirem esperar que a criança faça tarefas aparentemente muito simples. O esforço dos pais será compensado com a alegria e confiança da criança sempre que consegue fazer uma coisa nova!

### Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. O que os pais fazem neste período ajuda a criança a crescer saudável.



**Relação** – A criança precisa que os pais sejam afectuosos e carinhosos e que brinquem, conversem, cantem canções, contem histórias e a envolvam nas tarefas domésticas (pôr a mesa).

**Rotinas** – A criança precisa de rotinas regulares, como a hora das refeições, a hora de levantar e de deitar. As rotinas tornam o dia-a-dia previsível e por isso ajudam a criança a sentir-se segura e melhoram a sua cooperação.

**Regras** – A criança precisa de regras firmes e consistentes, que a ajudam a aprender o que pode e não pode fazer (“Não se bate”), e precisa de saber o que acontece se não cumprir.

**Recompensas** – A criança precisa que os pais se mostrem satisfeitos quando se porta bem: um abraço, um maminho, um elogio ou uma ida ao parque são boas recompensas para quem se esforça para portar bem.



## Como é ter 3 anos?

Durante este ano, os pais vão poder observar uma série de mudanças na forma como a criança se movimenta, fala, compreende, se relaciona com os outros e se sente. No dia-a-dia, há uma série de pequenas coisas que os pais podem fazer para apoiar a criança nesta aventura que é crescer.

Fazer coisas de todos os dias ajuda a criança a desenvolver-se...

### Como me movimento

- Ando e corro rapidamente
- Tenho um bom equilíbrio
- Subo e desço escadas alternando os pés
- Consigo vestir-me com ajuda
- Desenho uma pessoa

### ... podes Encorajar-me

- ★ Brinca comigo na rua
- ★ Joga comigo ao pé-coxinho
- ★ Deixa-me tentar sozinho
- ★ Dá-me roupas fáceis para vestir sozinho
- ★ Dá-me materiais de desenho

### Como falo e compreendo

- Faço frases curtas, com 3-5 palavras
- As pessoas percebem melhor o que digo
- Faço muitas perguntas
- Sei seguir 2 instruções

### ... podes Conversar

- ★ Diz-me os nomes do que vemos
- ★ Conversa comigo sobre o meu dia
- ★ Responde às perguntas de forma simples
- ★ Pede-me duas coisas seguidas

### Como me dou com os outros

- Gosto de brincar com outras crianças
- Gosto de brincar ao faz-de-conta
- Estou cada vez mais independente
- Consigo partilhar com mais facilidade

### ... podes Apoiar-me

- ★ Leva-me ao parque
- ★ Brinca comigo e finge ser o que eu pedir
- ★ Deixa-me ajudar-te a fazer coisas
- ★ Mostra-me como se faz: partilha comigo

### Como me sinto

- Ainda faço birras ou fico frustrado
- Posso ter medo de barulhos, animais

### ... podes Respeitar

- ★ Estabelece limites e ensina-me a acalmar
- ★ Mostra-me que está tudo bem e abraça-me

**As crianças aprendem e desenvolvem-se a ritmos diferentes.** Algumas crianças podem fazer as coisas descritas mais cedo ou mais tarde. A maioria das diferenças são normais. Se os pais estiverem preocupados com uma ou mais áreas em que a criança não esteja a progredir, devem consultar os profissionais de saúde.





## Comportamento

A criança consegue expressar melhor o que quer, pensa e sente. Mas quando se zanga, pode morder ou bater. Os pais devem relembrar a regra “Não se bate. Bater dói” e retirá-la da situação. Depois, conversem sobre outras maneiras de resolver os problemas.



## Sono

A criança precisa de 10-12 horas de sono por noite. À hora de deitar, a criança pode resistir ou adiar. É importante manter uma rotina de sono, com actividades calmas. A criança deve aprender a adormecer sozinha.



## Alimentação

A criança deve estar mais positiva em relação às refeições. Transformem as refeições em momentos divertidos. Deixem a criança ajudar com tarefas simples e seguras, como pôr os guardanapos na mesa. A criança pode recusar alguns alimentos. Ofereçam-lhe uma alimentação diversificada e saudável. Deixem a criança escolher entre alimentos do mesmo tipo (pêra ou banana) e respeitem quando mostra que não quer mais.



## Deixar a fralda

Aos 3 anos, muitas crianças estão prontas para deixar a fralda: conseguem manter a fralda seca algumas horas, mostram que estão a urinar. Mas algumas crianças precisam de esperar um pouco mais. Se já tentaram e não correu bem, tentem novamente daí a algum tempo.



## Ideias para brincar

**Jogo das pedras:** Espalhe pratos de papel pelo chão, como se fossem pedras. A criança deve passar de uns para os outros sem tocar no chão.

**Dobrar, rasgar e recortar:** Dê à criança papéis e revistas e uma tesoura de plástico, sem lâmina. A criança pode fazer dobragens para construir casas, barcos, chapéus. Pode também rasgar ou recortar as suas imagens preferidas.

**Lencinho:** Sente várias crianças em círculo. Uma contorna o círculo pelo lado de fora e deixa cair o lenço atrás de outra. Esta tem de apanhar o lenço e tentar apanhar a outra criança antes dela se sentar. Não vale olhar para trás.

**Frio, quente, a ferver:** Esconda um objecto e a criança procura. Se está longe, diga frio; se não diga quente.



## Contar histórias, cantar canções e conversar

As capacidades de falar e de ler desenvolvem-se desde os primeiros anos de vida. Estas capacidades são essenciais para o desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Há muitas coisas que os pais podem fazer para as apoiar.



**Converse:** Diga os nomes dos objectos e do que está a fazer, converse sobre o dia-a-dia e faça perguntas à criança.

**Cante canções e diga lenga-lengas:**

Aproveite momentos da rotina diária (viagens de carro, hora do banho, idas às compras).

**Coloque livros à disposição:** Escolha livros de histórias, com textos simples sobre crianças, a escola, os amigos. As crianças adoram folhear os livros e fingir ler como forma de brincadeira.

**Conte histórias todos os dias:** Leia os livros preferidos da criança. Deixe a criança virar as páginas, leia devagar e de forma expressiva (vozes diferentes), siga o texto com o dedo e conversem sobre a história ("O que aconteceu?"). Deixe a criança contar a história.

**Encoraje a escrita:** Dê à criança papéis, lápis e canetas para desenhar e escrever imitando a escrita. Escreva à frente da criança e envolva a criança em tarefas de escrita (escrever o nome).

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ O que posso fazer em relação aos medos da criança (de cães, do escuro, etc.?)
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que posso fazer quando a criança gagueja?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ O que posso fazer quando a criança faz birras?
- ☐ Como fazer para deixar de usar fralda?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



Ajuda-me a crescer

3

## Rotinas e sono

“Não quero ir para a mesa!”

A criança está a aprender muitas coisas novas e a tornar-se independente. Isso pode fazer com que se sinta insegura e se torne mais resistente. Consistência é palavra de ordem. As **rotinas** tornam os dias parecidos e dão segurança à criança: a criança já sabe que se tem fome vem aí a refeição, que irá tomar banho mesmo que resista.

### Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. As rotinas dão estabilidade à criança.

**Rotinas** – As rotinas ajudam a criança e a família a saber o que é preciso fazer, quando, em que ordem, por quem. Tornam os dias mais previsíveis e ajudam a criança a sentir-se segura e a portar-se melhor.

- ★ Não há uma regra sobre o número e o tipo de rotinas que as famílias devem ter. Rotinas diferentes funcionam bem em famílias diferentes. Experimentem e simplifiquem!

- ★ As rotinas devem considerar as necessidades de toda a família. Por exemplo, considerem a hora a que saem e a que habitualmente chegam a casa para encontrarem tempo para a higiene, alimentação, sono, brincadeiras.
- ★ Organizem as rotinas da criança à volta da alimentação, do sono e da higiene. Para além destes, reservem tempo para coisas importantes, como brincar, estar com os pais, contar histórias.



## Como é ter 3 anos?

A criança mudou muito no último ano! Está cada dia mais independente e capaz de fazer novas coisas. Brincar ajuda a criança a desenvolver-se e a aprender. Por isso, **brincar é uma actividade obrigatória nas rotinas da criança!**



### Quando corre, salta, trepa, joga, brinca ao faz-de-conta, a criança:

- Desenvolve os músculos
- Melhora a coordenação
- Desenvolve resistência física
- Melhora a precisão dos movimentos
- Aprende a cooperar e negociar
- Aprende a tomar a vez
- Aprende a seguir regras simples

## Ideias para brincar

A melhor forma de apoiar as aprendizagens da criança é disponibilizar-lhe oportunidades variadas de brincadeira e deixá-la escolher: actividades físicas, faz-de-conta, trabalhos manuais, jogos...

As crianças adoram **brinquedos**, mas não é preciso serem muitos, nem muito caros, nem muito sofisticados. **Aos 3 anos, a criança gosta de:**

- Bolas pequenas e grandes
- Materiais para brincar com areia e água
- Triciclo ou bicicleta
- Blocos grandes para construções
- Lápis, canetas, tintas, papel, revistas, plasticina
- Puzzles (3-6 peças)
- Bonecas para vestir e despir
- Roupas e acessórios para disfarces
- Livros
- Instrumentos musicais
- Materiais para caça ao tesouro

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

**Adivinha:** Descreva um objecto que está a ver para a criança adivinhar.

**Escuta:** Assobie ou trauteie a música de uma canção. Peça para descobrir.

## Hora da caminha

O sono é essencial para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso mesmo, é uma tarefa central na sua **rotina**.

Para dormir bem, a criança tem de aprender bons hábitos de sono, como adormecer sozinha. Contudo, conseguir que a criança sossegue ou que durma toda a noite pode tornar-se um desafio. Por isso, é muito importante promover bons hábitos de sono.



## O sono aos 3 anos

- \* Precisa de 11-13 horas de sono à noite. Pode fazer sesta ou não.
- \* Pode resistir a ir para a cama porque está a aprender a testar os limites.
- \* Pode ter medos que dificultam o sono porque tem muita imaginação.
- \* Gosta de ser premiada por se portar bem ao deitar.

## Como conseguir uma boa noite de sono?

- \* Manter rotinas diárias consistentes e fazer actividade física durante o dia.
- \* Evitar bebidas e alimentos com cafeína (chá, refrigerantes, chocolate).
- \* Evitar brincadeiras muito activas antes de deitar.
- \* Evitar usar a cama para outras actividades para além dormir.
- \* Ajudar a criança a acalmar-se (um banho quente, uma “massagem”).
- \* Garantir um espaço adequado ao sono: uma temperatura agradável, silencioso, escurecido, sem televisão.
- \* Manter uma hora de deitar e de levantar consistente.
- \* Manter uma rotina de sono.

## Como estabelecer a hora de deitar?

- \* Considere o número de horas de sono de que a criança precisa.
- \* Considere a hora de acordar adequada para a família.
- \* Parta da hora de acordar e ande para trás o número de horas de sono necessário para encontrar a hora de deitar desejável.





## Como estabelecer uma rotina de sono?

Uma rotina de sono implica envolver a criança numa série de actividades calmas nos 20-30 minutos antes de deitar. Por exemplo:

- \* Lembrar que é hora de sossegar.
- \* Ir à casa de banho tratar da higiene.
- \* Fazer actividades sossegadas (contar uma história ou cantar uma canção).
- \* Deitar, aconchegar e dar beijinho.



O mais importante

- é manter a rotina consistente, isto é o mesmo tipo de actividades, pela mesma ordem, mais ou menos à mesma hora, **todas as noites**.



## E quando as “boas noites” são difíceis?

- \* Garanta que a criança tem tudo o que precisa antes de sair do quarto.
- \* Se a criança chamar, tente não responder logo.
- \* Se a criança tem medo de alguma coisa, mostre rapidamente que está tudo bem e volte a sair.
- \* Se a criança se levantar, conduza-a de volta para a cama e lembre-lhe que deve ficar deitada, de forma firme e calma. Não converse nem ralde.
- \* Se já tentaram tudo e continua a ser difícil, **procurem os profissionais de saúde**.

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que fazer se a criança fizer chichi na cama?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





Ajuda-me a crescer

3

# Comportamento

## “És feia!”

A criança está mais independente e persistente. Vai atrás do que quer e luta por isso. Embora consiga lidar melhor com as emoções negativas, a criança fica frustrada com alguma facilidade quando não consegue o que quer. Também se relaciona melhor com os outros, mas ainda tem muito para aprender. Os pais querem que a criança se controle, seja responsável e se porte bem. Para isso, é preciso guiar a criança de forma positiva e mostrar-lhe o que são comportamentos adequados.

## Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. Os 4 Rs ajudam a criança a aprender a portar-se bem.

**Relação – Dar atenção e afecto** quando se porta bem, faz com que a criança sinta que gostam dela e queira continuar a agradar.

**Rotinas** – Manter rotinas, preparar a criança para as transições (“Daqui a 10 minutos vamos para a caminha”) e para os desafios (“Vamos às compras, mas não vamos comprar rebuçados”) torna tudo mais previsível.

**Regras** – Estabelecer **regras claras e consistentes** ajuda a criança a saber o que esperam dela e o que pode e não pode fazer (“Tens de pôr o capacete para andar de bicicleta”).

**Recompensas** – **Elogiar e encorajar** frequentemente os comportamentos positivos da criança (“Boa! Que torre fantástica que construístes!”) mostra-lhe que são apreciados.



## Como é ter 3 anos?

A criança consegue verbalizar melhor as suas necessidades, desejos e emoções. Mas ainda se zanga com facilidade e pode resistir a regras e limites. Começa a conseguir brincar com outras crianças e faz amizades mais fortes, mas zanga-se muitas vezes. Brincar, fantasiar e fazer de conta ajuda a criança a aprender competências sociais importantes, como partilhar, esperar a sua vez, cooperar, seguir regras, resolver problemas.

## Ideias para brincar

Quando brinca ao faz-de-conta, a criança experimenta situações sociais e ensaia formas de as resolver. Por sua vez, os jogos ajudam a criança a aprender a seguir regras e instruções.



### Brincar ao faz-de-conta

- Roupas e acessórios para disfarces
- Bonecas para vestir, despir e cuidar
- Utensílios de cozinha de plástico
- Ferramentas de brincar
- Telefone de brincar

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

- **Faz-de-conta:** deixe a criança conduzir a brincadeira e participe de acordo com as instruções dela. Faça perguntas e comentários sobre o que a criança está a fazer.
- **Adivinha:** Descreva à criança um objecto que está a ver: como é e para que serve (tem 4 pernas e serve para nos sentarmos). A criança tem de adivinhar. Depois trocam de papéis.
- **Jogo do espelho:** Faça movimentos, gestos, caretas para a criança imitar. Depois trocam de papéis.
- **Macaquinho do chinês:** Coloque-se num sítio afastado da criança, tape os olhos e diga “1, 2, 3 macaquinho do chinês”. A criança deve tentar chegar até si e tocar-lhe sem ser vista. Se vir a criança a mexer-se, volta à linha de partida. Depois trocam de papéis.

## Aprender a portar-se bem

Lidar com o comportamento da criança é um dos maiores desafios de ser pai. Para a criança aprender a portar-se bem, não basta corrigir ou castigar os seus disparates, é preciso ensinar-lhe o que é adequado.



## Encorajar comportamentos adequados

**Dar instruções claras:** É preciso garantir que a criança está a ouvir, dar a instrução de forma afirmativa (“Despe o pijama” em vez de “Podes despir o pijama?”), assegurar que a criança consegue seguir a instrução (“Despe o pijama, agora veste a camisola...” em vez de “Veste-te”) e garantir que cumpre, lembrando-a.

**Dar atenção e ouvir:** Quando a criança fala ou se porta bem, os pais devem mostrar que estão atentos: aproximar-se da criança, observar, olhar nos olhos, sorrir e comentar as coisas que está a dizer e a fazer.

**Dar o exemplo:** A criança faz o que vê fazer. Se quer ouvir “por favor”, diga.

**Elogiar e premiar:** Devem elogiar e premiar os comportamentos adequados. Os elogios devem dirigir-se para os comportamentos positivos e não apenas para comportamentos perfeitos. Para ser mais eficaz, devem descrever o comportamento (“Gosto muito quando partilhas os carrinhos” em vez de “És um menino lindo”). Também podem premiar a criança com uma história, um passeio ou uma brincadeira juntos (“Como te vestiste depressa, podemos ir ao parque”).

## Evitar comportamentos desadequados

**Reduzir a tentação:** Retirem objectos proibidos do alcance da criança.

**Escolher as batalhas:** Guardem o NÃO para as coisas mesmo importantes.

**Dar escolhas:** “Não podemos ir ao parque, mas podemos ler uma história ou fazer um puzzle. O que preferes?”.

**Estabelecer regras consistentes:** A criança deve antecipar o que pode e não pode fazer (“Não se bate”).

**Manter rotinas:** Saber o que acontece a seguir ajuda a criança a organizar-se.

**Preparar transições:** “Daqui a um bocadinho, vamos tomar banho”.

## Desencorajar comportamentos desadequados

**Distrair:** Devem lembrar à criança a regra ou dar uma instrução (“Não se salta no sofá”) e dirigi-la para outra actividade (“Podemos saltar no chão”).

**Ignorar:** Se a criança está a chamar a atenção mas não está a fazer nada de perigoso, podem afastar-se, não olhar nem falar com a ela e esperar que pare.

**Tempo de sossego:** Se a criança não consegue parar, podem dar-lhe tempo.

- ★ Escolher um canto da casa ou uma cadeira, afastado de outras pessoas e sem distrações – a criança não deve poder brincar ou entreter-se.
- ★ Usar um tom de voz calmo e explicar “Estás muito nervoso. Precisas de te acalmar”.

- ★ Se a criança se recusar a ir, conduzi-la ao local do tempo de sossego.
- ★ O tempo de sossego deve durar um minuto por cada ano de idade.
- ★ Durante o tempo de sossego, devem ignorar a criança.
- ★ Quando o tempo passa, oferecer uma actividade divertida “Já estás mais calmo, podemos ir fazer bolas de sabão”. Não dar sermões.

**Consequências:** Podem atribuir uma consequência relacionada (Se não bebe a água sossegado e entorna, tem de limpar) ou retirar um privilégio (Se bate ao irmão, não vê TV à tarde).

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança morde?
- ☐ O que posso fazer quando a criança faz birras?
- ☐ Será altura de deixar de usar fralda?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





Ajuda-me a crescer

4

# Já tenho 4 anos

“Quero saber tudo, tudo, tudo...”

Nesta idade, a criança mostra curiosidade em relação a tudo o que a rodeia. Quer perceber muitas coisas acerca do mundo e nesta fase consegue realmente perceber imensas coisas. Faz muitas perguntas e tem muita imaginação. É importante que a criança sinta que a escutam quando fala e que conversem com ela e lhe façam perguntas. Embora esteja muito crescida e independente, a criança pode ter medos e continua a precisar de muitos abraços e encorajamento por parte dos pais.

## Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. O que os pais fazem neste período ajuda a criança a crescer saudável.



**Relação** – A criança precisa que os pais sejam afectuosos e carinhosos e que brinquem, conversem, cantem canções, contem histórias e a envolvam nas tarefas domésticas (pôr a mesa).

**Rotinas** – A criança precisa de rotinas regulares, como a hora das refeições, a hora de levantar e de deitar. As rotinas tornam o dia-a-dia previsível e por isso ajudam a criança a sentir-se segura e melhoram a sua cooperação.

**Regras** – A criança precisa de regras firmes e consistentes, que a ajudam a aprender o que pode e não pode fazer (“Não se bate”), e precisa de saber o que acontece se não cumprir.

**Recompensas** – A criança precisa que os pais se mostrem satisfeitos quando se porta bem: um abraço, um maminho, um elogio ou uma ida ao parque são boas recompensas para quem se esforça para portar bem.



## Como é ter 4 anos?

Durante este ano, os pais vão poder observar uma série de mudanças na forma como a criança se movimenta, fala, compreende, se relaciona com os outros e se sente. No dia-a-dia, há uma série de pequenas coisas que os pais podem fazer para apoiar a criança nesta aventura que é crescer.

### Fazer coisas de todos os dias ajuda a criança a desenvolver-se...

#### Como me movimento

- Atiro e dou pontapés na bola com precisão
- Consigo saltar para a frente
- Equilíbrio-me e salto num só pé
- Desenho, pinto e faço construções melhor
- Visto-me sozinho

#### ... podes Brincar

- ★ Joga à bola comigo
- ★ Brinca comigo aos coelhos, sapos, rãs
- ★ Joga comigo à macaca
- ★ Dá-me materiais para fazer obras de arte
- ★ Ajuda-me com fechos, botões e atacadores

#### Como falo e compreendo

- Conheço imensas palavras
- Gosto de dizer rimas e lenga-lengas
- Repito canções e histórias
- Sei seguir 2 instruções de uma vez

#### ... podes Conversar

- ★ Conversa comigo, adoro conversar
- ★ Ensina-me rimas, lenga-lengas, adivinhas
- ★ Canta e partilha histórias comigo
- ★ Pede-me coisas (apanha a bola e guarda)

#### Como me dou com os outros

- Brinco bem com 2-3 crianças
- Gosto de piadas e tontices
- Gosto de me mascarar e fazer teatro
- Gosto de agradar e de ajudar
- Posso dizer palavrões

#### ... podes Guiar-me

- ★ Leva-me a brincar com outras crianças
- ★ Não me critiques
- ★ Dá-me roupas e acessórios para o teatro
- ★ Deixa-me ajudar nas tarefas de casa
- ★ Explica-me que é errado e tenta ignorar

#### Como me sinto

- Fico muito excitado e passo dos limites
- Posso ter medo de coisas vulgares

#### ... podes Respeitar

- ★ Envolve-me em actividades sossegadas
- ★ Não gozes, abraça-me e dá-me segurança

**As crianças aprendem e desenvolvem-se a ritmos diferentes.** Algumas crianças podem fazer as coisas descritas mais cedo ou mais tarde. A maioria das diferenças são normais. Se os pais estiverem preocupados com uma ou mais áreas em que a criança não esteja a progredir, devem consultar os profissionais de saúde.



## Comportamento

A criança consegue brincar bem com outras crianças, partilhar e fazer amigos. Embora goste de agradar e seja sensível aos sentimentos dos outros, ainda está muito centrada nas suas necessidades. Por isso, pode tirar aos outros o que quer ou brigar.

Também pode resistir às regras dos pais, argumentar e testar os limites. As

**REGRAS** são muito importantes.



## Sono

A criança precisa de 11-13 horas de sono durante a noite. Pode ou não precisar de sesta. Pode continuar a resistir a ir para a cama ou revelar medos ao deitar (monstros). A rotina ao deitar continua a ser essencial.



## Alimentação

A criança pode começar a imitar os gostos de amigos e irmãos mais velhos e deixar subitamente de gostar de alimentos que eram os preferidos. Isto é normal. Os pais devem oferecer alimentos diversificados, encorajar a criança a provar, mas sem obrigar. Dêem-lhe a escolher entre alimentos saudáveis (bróculos ou espinafres).



## Deixar a fralda

Nesta idade, a maioria das crianças consegue permanecer seca e limpa durante o dia. Contudo, pode ainda não conseguir ficar seca durante a noite. Se a criança acorda com a fralda seca de manhã, incentivem-na e podem experimentar tirar a fralda à noite. Protejam a cama e garantam que urina antes de se deitar. Haverá acidentes.



## Ideias para brincar

**Balão:** Atirem um balão ao ar e empurrem-no para não cair no chão.

**Obras de arte:** Desenhe os contornos de várias formas. Aplique cola no interior. Peça à criança para aplicar materiais sobre a cola (papelinhos, massinhas, feijões, brilhantes, areia).

**Escondidas:** Envolver várias pessoas. Uma pessoa conta até 10 e os outros escondem-se. Depois, tem de os descobrir. A seguir trocam de papéis.

**Mensagens:** Envolver várias crianças neste jogo. Sentem-se em círculo e dêem as mãos. A primeira pessoa aperta a mão da do lado um número de vezes. A segunda aperta a mão da do lado o mesmo número de vezes e assim sucessivamente. Como acaba?





## Contar histórias, cantar canções e conversar

As capacidades de falar e de ler desenvolvem-se desde os primeiros anos de vida. Estas capacidades são essenciais para o desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Há muitas coisas que os pais podem fazer para as apoiar.



**Converse:** Diga os nomes dos objectos e do que está a fazer para ajudar a alargar o vocabulário da criança.

**Cante canções e diga lenga-lengas:**

Aproveite momentos da rotina diária (viagens de carro, hora do banho, idas às compras).

**Coloque livros à disposição:** Escolha livros coloridos, com imagens, sobre animais, crianças, alimentos, cores. As crianças adoram folhear os livros e fingir que estão a ler.

**Conte histórias todos os dias:** Leia o livro que a criança escolher. Deixe a criança virar as páginas, leia devagar e de forma expressiva (faça vozes diferentes), acompanhe as palavras com o dedo e conversem sobre as imagens e história ("Onde está o porco?"; "O que irá acontecer?").

**Encoraje a escrita:** Ajude a criança a fazer um livro: a criança faz as ilustrações e conta a história e os pais podem escrever o que contou.

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ O que fazer quando a criança diz palavrões?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que fazer se a criança fizer chichi na cama?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





Ajuda-me a crescer

4

## Rotinas e sono

“Prepara-me para as mudanças...”

A criança está mais flexível e aceita melhor as mudanças, se os pais a prepararem para elas. Contudo, continua a sentir-se mais segura quando o seu dia segue a **rotina** habitual e resiste menos a fazer o que lhe pedem quando faz parte da rotina.

### Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. Vamos discutir o papel das rotinas na vida da criança.

**Rotinas** – As rotinas ajudam a criança e a família a saber o que é preciso fazer, quando, em que ordem, por quem. Tornam os dias mais previsíveis e ajudam a criança a sentir-se segura e a portar-se melhor.

- ★ Não há uma regra sobre o número e o tipo de rotinas que as famílias devem ter. Rotinas diferentes funcionam bem em famílias diferentes. Experimentem e simplifiquem!

- ★ As rotinas devem considerar as necessidades de toda a família. Por exemplo, considerem a hora a que saem e a que habitualmente chegam a casa para encontrarem tempo para a higiene, alimentação, sono, brincadeiras.
- ★ Organizem as rotinas da criança à volta da alimentação, do sono e da higiene. Para além destes, reservem tempo para coisas importantes, como brincar, estar com os pais, hora da história.

## Como é ter 4 anos?

A curiosidade natural da criança faz com que seja um **aprendiz entusiasmado!** Nesta idade, a criança aprende através dos sentidos e das experiências. Por isso, a aprendizagem toma lugar através da brincadeira. **Brincar é uma actividade obrigatória nas rotinas da criança!**



### A criança aprende:

- Fazendo
- Através do movimento
- Sendo encorajada e elogiada
- Através dos sentidos
- Construindo coisas
- Através da linguagem e histórias
- Brincando com outras crianças
- Observando e imitando os outros
- Brincando ao faz-de-conta

## Ideias para brincar

A melhor forma de apoiar as aprendizagens da criança é disponibilizar-lhe oportunidades variadas de brincadeira e deixá-la escolher: actividades físicas, faz-de-conta, trabalhos manuais, jogos...



As crianças adoram **brinquedos**, mas não é preciso serem muitos, nem muito caros, nem muito sofisticados. **Aos 4 anos, a criança gosta de:**

- Blocos para construções
- Bolas pequenas e grandes
- Bonecas para vestir e despir
- Carros e camiões
- Roupas e acessórios para disfarces
- Livros
- Puzzles (12-15 peças)
- Jogos de mesa, dominós
- Lápis, canetas, tintas, cola, tesoura, papel, plasticina para obras de arte

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

- Procure um objecto e diga “Estou a ver uma coisa vermelha. O que estou a ver?” A criança deve adivinhar.
- Enquanto estende a roupa, peça à criança um número de molas ou molas de uma determinada cor.

## Hora da caminha

O sono é essencial para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso mesmo, é uma tarefa central na sua **rotina**.

Para dormir bem, a criança tem de aprender bons hábitos de sono, como adormecer sozinha. Contudo, conseguir que a criança sossegue ou que durma toda a noite pode tornar-se um desafio. Por isso, é muito importante promover bons hábitos de sono.



## O sono aos 4 anos

- \* Precisa de 11-13 horas de sono durante a noite. Pode fazer sesta.
- \* Pode resistir a ir para a cama porque está a aprender a testar os limites.
- \* Pode ter medos que dificultam o sono porque tem muita imaginação.
- \* Gosta de ser premiada por se portar bem ao deitar.

## Como conseguir uma boa noite de sono?

- \* Manter rotinas diárias consistentes e fazer actividade física durante o dia.
- \* Evitar bebidas e alimentos com cafeína (chá, refrigerantes, chocolate).
- \* Evitar brincadeiras muito activas antes de deitar.
- \* Evitar usar a cama para outras actividades para além dormir.
- \* Ajudar a criança a acalmar-se (um banho quente, uma “massagem”).
- \* Garantir um espaço adequado ao sono: uma temperatura agradável, silencioso, escurecido, sem televisão.
- \* Manter uma hora de deitar e de levantar consistente.
- \* Manter uma rotina de sono.

## Como estabelecer a hora de deitar?

- \* Considere o número de horas de sono de que a criança precisa.
- \* Considere a hora de acordar adequada para a família.
- \* Parta da hora de acordar e ande para trás o número de horas de sono necessário para encontrar a hora de deitar desejável.

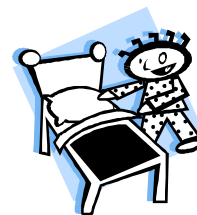


## Como estabelecer uma rotina de sono?

Uma rotina de sono implica envolver a criança numa série de actividades calmas nos 20-30 minutos antes de deitar. Por exemplo:

- \* Lembrar que é hora de sossegar.
- \* Ir à casa de banho tratar da higiene.
- \* Fazer actividades sossegadas (contar uma história ou cantar uma canção).
- \* Deitar, aconchegar e dar beijinho.

- ! O mais importante é
- manter a rotina consistente, isto é o mesmo tipo de actividades, pela mesma ordem, mais ou menos à mesma hora, todas as noites.



## E quando as “boas noites” são difíceis?

- \* Garanta que a criança tem tudo o que precisa antes de sair do quarto.
- \* Se a criança chamar, tente não responder.
- \* Se a criança tem medo de alguma coisa, mostre rapidamente que está tudo bem e volte a sair.
- \* Se a criança se levantar, conduza-a de volta para a cama e lembre-lhe que deve ficar deitada, de forma firme e calma. Não converse nem rale.
- \* Se já tentaram tudo e continua a ser difícil, **procurem os profissionais de saúde.**

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que fazer se a criança fizer chichi na cama?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



Ajuda-me a crescer

4

# Comportamento

## “Não sou mais teu amigo!”

A criança de 4 anos percebe muito melhor o mundo. Está mais atenta ao que se passa à sua volta, quer agradar aos outros e está mais sensível aos sentimentos dos outros. Contudo, nem sempre consegue lidar bem com as suas próprias emoções. Quando fica frustrada ou zangada, pode dizer palavrões, bater, fazer birras ou resistir a fazer o que lhe pedem. Os pais precisam de guiar a criança de forma positiva para que aprenda a portar-se bem.

## Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. Vamos discutir como ensinar a criança a portar-se bem usando os 4 Rs.

**Relação** – Os pais devem **dar atenção** à criança quando se porta bem: parem, aproximem-se, observem, escutem e comentem o que a criança está a fazer.

**Rotinas** – Os pais devem **preparar** a criança para as transições (“Quando terminarmos este puzzle, vamos tomar banho”) e para os desafios (“Vamos ao supermercado, mas não vamos comprar nenhum brinquedo”).

**Regras** – Os pais devem estabelecer **regras claras** sobre coisas importantes, como segurança (“Temos de pôr o cinto para andar de carro), forma de tratar os outros (“Não se bate”).

**Recompensas** – Os pais devem **elogiar** e **encorajar** frequentemente os comportamentos positivos da criança (“Boa! Calçaste os teus sapatos sozinho!”).



## Como é ter 4 anos?

A criança percebe melhor o mundo, os outros e a si própria. Aceita melhor os limites, mas nem sempre os consegue respeitar. Também conhece melhor as emoções, mas nem sempre sabe lidar com elas. Em muitas situações, pode ficar zangada ou furiosa. Os pais devem reconhecer que a criança está zangada, mas ensinar-lhe que há **truques para mandar a fúria embora** – “Sabes o que podemos fazer quando estamos zangados? Experimenta...”

- Respirar fundo
- Pensar em coisas boas
- Conversar sobre o que aconteceu
- Fazer um desenho
- Correr ou bater os pés

## Ideias para brincar

Brincar ajuda a criança a aprender competências sociais importantes, que contribuem para tornar o seu comportamento mais adequado. A criança aprende a partilhar, esperar a sua vez, cooperar, seguir regras, resolver problemas. Nesta idade, **brincar com outras crianças** da mesma idade é essencial.



### Brincadeiras com amigos

- Bolas e espaço livre
- Roupas e acessórios para disfarces
- Puzzles e jogos de mesa
- Lápis, canetas, tintas, cola, tesoura, papel, plasticina para obras de arte
- Caça ao tesouro

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

- Converse com a criança sobre formas de resolver problemas.
- Jogos de regras: jogue com a criança (loto, dominó) e gozem o momento. Não se aborreça se a criança ficar furiosa por perder.
- Sem cair no charco: disponha objectos pelo chão. A criança tem de passar de uns para os outros sem tocar com os pés no chão.
- Adivinha como me sinto: um faz uma careta e o outro adivinha.

## Aprender a portar-se bem

Lidar com o comportamento da criança é um dos maiores desafios de ser pai. Para a criança aprender a portar-se bem, é preciso guiar o seu comportamento de forma positiva.



## Encorajar comportamentos adequados

**Dar instruções claras:** Os pais devem garantir que a criança está a ouvir, dar a instrução de forma afirmativa (“Despe o pijama” em vez de “Podes despir o pijama?”), assegurar que a criança consegue seguir a instrução (“Despe o pijama, agora veste a camisola...” em vez de “Veste-te”) e garantir que cumpre, lembrando-a.

**Dar atenção e ouvir:** Quando a criança fala ou se porta bem, os pais devem mostrar que estão atentos: aproximar-se da criança, observar, olhar nos olhos, sorrir e comentar as coisas que está a dizer e a fazer.

**Dar o exemplo:** A criança faz o que vê fazer. Se quer ouvir “por favor”, diga.

**Elogiar e premiar:** Devem elogiar e premiar os comportamentos adequados. Os elogios devem dirigir-se para os comportamentos positivos e não apenas para comportamentos perfeitos. Para ser mais eficaz, devem descrever o comportamento (“Gosto muito quando partilhas os carrinhos” em vez de “És um menino lindo”). Também podem premiar a criança com uma história, um passeio ou uma brincadeira juntos (“Como te vestiste depressa, podemos ir ao parque”).

## Evitar comportamentos desadequados

**Reduzir a tentação:** Retirem objectos proibidos do alcance da criança.

**Escolher as batalhas:** Guardem o NÃO para as coisas mesmo importantes.

**Dar escolhas:** “Não podemos ir ao parque, mas podemos ler uma história ou fazer um puzzle. O que preferes?”.

**Estabelecer regras consistentes:** A criança deve antecipar o que pode e não pode fazer (“Não se bate”).

**Manter rotinas:** Saber o que acontece a seguir ajuda a criança a organizar-se.

**Preparar transições:** “Daqui a um bocadinho, vamos tomar banho”.



## Desencorajar comportamentos desadequados

**Distrair:** Devem lembrar à criança a regra ou dar uma instrução (“Não se salta no sofá”) e dirigi-la para outra actividade (“Podemos saltar no chão”).

**Ignorar:** Se a criança está a chamar a atenção e não é perigoso, podem afastar-se, não olhar nem falar com a criança e esperar que pare.

**Tempo de sossego:** Se a criança não consegue parar, podem dar-lhe tempo.

- ★ Escolher um canto da casa ou uma cadeira, afastado de outras pessoas e sem distrações – a criança não deve poder brincar ou entreter-se.
- ★ Usar um tom de voz calmo e explicar “Estás muito nervoso. Precisas de te acalmar”.
- ★ Se a criança se recusar a ir, conduzi-la ao local do tempo de sossego.
- ★ O tempo de sossego deve durar um minuto por cada ano de idade.
- ★ Durante o tempo de sossego, devem ignorar a criança.
- ★ Quando o tempo passa, oferecer uma actividade divertida “Já estás mais calmo, podemos ir fazer bolas de sabão”. Não dar sermões.

**Consequências:** Podem atribuir uma consequência relacionada (Se não bebe a água sossegado e entorna, tem de limpar) ou retirar um privilégio (Se bate ao irmão, não vê TV à tarde).

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ O que posso fazer quando diz palavrões?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que fazer se a criança fizer chichi na cama?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequenininho...

Ajuda-me a crescer

5/6

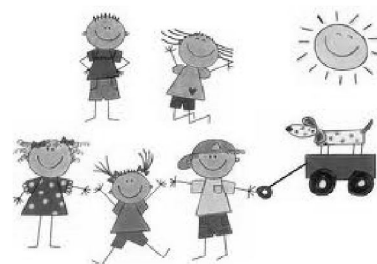
Já tenho 5/6 anos

## Amigos, amigos e mais amigos...

Entre os cinco e os seis anos, os pais vão poder observar na criança grandes mudanças na forma como se relaciona com os pares. A criança valoriza cada vez mais os amigos e consegue desenvolver e manter relações positivas. É mais eficaz a partilhar, a tomar a vez e a resolver problemas e por isso há menos zangas com os amigos. Contudo, a família continua a ser o contexto em que a criança se sente mais segura e valorizada. O tempo passado com os pais é essencial!

## Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança. O que os pais fazem neste período ajuda a criança a crescer saudável.



**Relação** – A criança precisa que os pais sejam afectuosos e carinhosos e que brinquem, conversem, cantem canções, contem histórias e envolvam nas tarefas domésticas (pôr a mesa).

**Rotinas** – A criança precisa de rotinas regulares, como a hora das refeições, a hora de levantar e de deitar. As rotinas tornam o dia-a-dia previsível e por isso ajudam a criança a sentir-se segura e melhoram a sua cooperação.

**Regras** – A criança precisa de regras para aprender o que pode e não pode fazer ("Não se bate") e porquê ("Isso magoa"). A criança também precisa de saber o que acontece se não cumprir.

**Recompensas** – A criança precisa que os pais se mostrem satisfeitos quando se porta bem: um abraço, um maminho, um elogio ou uma ida ao parque são boas recompensas para quem se esforça para portar bem.



## Como é ter 5/6 anos?

Durante este ano, os pais vão poder observar uma série de mudanças na forma como a criança se movimenta, fala, compreende, se relaciona com os outros e se sente. No dia-a-dia, há uma série de pequenas coisas que os pais podem fazer para apoiar a criança nesta aventura que é crescer.

Fazer coisas de todos os dias ajuda a criança a desenvolver-se...

### Como me movimento

- Gosto de correr, saltitar, pular
- Consigo usar a tesoura correctamente
- Consigo escrever algumas letras e números
- Consigo vestir-me sem ajuda

### ... podes Brincar

- ★ Brinca comigo na rua
- ★ Dá-me papéis e uma tesoura segura
- ★ Encoraja-me a escrever o meu nome
- ★ Dá-me tempo para me vestir sozinho

### Como falo e compreendo

- Consigo dizer o meu nome completo
- Uso frases completas
- Explico as minhas ideias de forma clara
- Consigo contar até 10

### ... podes Conversar

- ★ Diz-me os nomes do que vemos
- ★ Conversa comigo e faz-me perguntas
- ★ Ajuda-me a exprimir o que penso e sinto
- ★ Conta comigo: carros, flores, pessoas

### Como me dou com os outros

- Gosto de brincar com os meus amigos
- Gosto de me disfarçar
- Gosto de jogar jogos de regras
- Consigo partilhar e esperar a minha vez
- Posso gozar com os outros

### ... podes Guiar-me

- ★ Deixa-me ir brincar a casa de amigos
- ★ Dá-me coisas para o faz-de-conta
- ★ Ensina-me jogos novos, como o loto
- ★ Elogia-me
- ★ Mostra-me como se sentem quando gozo

### Como me sinto

- Gosto de ser o primeiro e de ganhar
- Às vezes fico inseguro ou com medo
- Posso ficar ansioso por ir para a escola

### ... podes Respeitar

- ★ Compreende se me enfureço ao perder
- ★ Dá-me segurança e carinho
- ★ Visita a escola comigo

**As crianças aprendem e desenvolvem-se a ritmos diferentes.** Algumas crianças podem fazer as coisas descritas mais cedo ou mais tarde. A maioria das diferenças são normais. Se os pais estiverem preocupados com uma ou mais áreas em que a criança não esteja a progredir, devem consultar os profissionais de saúde.



## Comportamento

A criança tem de aprender a controlar o seu comportamento quando se zanga. Os pais devem mostrar-lhe formas de resolver os problemas de forma calma e de lidar com as emoções. Devem dar à criança espaço para resolver os problemas. Quando a criança consegue controlar-se em situações difíceis, devem elogiá-la.



## Sono

A criança precisa de 11-13 horas de sono durante a noite. Provavelmente, já não precisa de sesta. Pode continuar a resistir a ir para a cama ou revelar medos ao deitar (escuro, monstros). Os pesadelos são comuns. Uma rotina ao deitar continua a ser essencial.



## Alimentação

Continuem a oferecer alimentos diversificados. Deixem a criança fazer algumas escolhas (bróculos ou feijão verde?). Respeitem-na quando recusa alguns alimentos. Não se preocupem se nuns dias come tudo e mais alguma coisa e noutros mal toca na comida. Envolvam-na nas compras e na preparação das refeições.



## Sem fralda à noite

Nesta idade, a maioria das crianças consegue ficar seca durante a noite. Contudo, por vezes pode acontecer um acidente. Não devem fazer disso um drama. A criança não faz de propósito. Pode ter ingerido mais líquidos do que o costume ou estar mais cansada e não conseguir acordar. Habitualmente, os acidentes desaparecem com a idade. Se forem frequentes, falem com os vossos profissionais de saúde.



## Ideias para brincar

**Apanhada:** Uma criança persegue e as outras fogem. Quem se deixar apanhar perde e passa a perseguir as outras.

**“Bowling”:** Junte seis garrafas de plástico cheias com areia e uma bola. Coloque as garrafas em triângulo. Afastem-se e atirem a bola para derrubar o máximo de garrafas.

**Segredos chineses:** Envolve várias pessoas neste jogo, sentadas em círculo. A primeira conta à segunda uma história em segredo. Depois, cada uma conta à pessoa do lado. Como fica a história no final do círculo?

**Lista de compras:** Peça à criança para desenhar a lista das compras.



## Contar histórias, cantar canções e conversar

As capacidades de falar e de ler desenvolvem-se desde os primeiros anos de vida. Estas capacidades são essenciais para o desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Há muitas coisas que os pais podem fazer para as apoiar.



**Converse:** Falem sobre o dia-a-dia.

Faça perguntas e responda às perguntas da criança.

**Cante canções, diga lenga-lengas e**

**adivinhas:** Aproveite momentos da rotina diária (viagens de carro, hora do banho, idas às compras).

**Coloque livros à disposição:** Escolha livros com histórias mais compridas. A criança consegue contar histórias conhecidas e acompanhar o texto com o dedo.

**Conte histórias todos os dias:** Leia o livro que a criança pedir, mesmo que seja sempre o mesmo. Deixe a criança virar as páginas, leia devagar e de forma expressiva (faça vozes diferentes) e conversem sobre as imagens ("O que é isto?") e sobre a história ("O que irá acontecer?"). Deixe a criança contar a história.

**Encoraje a escrita:** Incentive a criança a escrever letras e a compor palavras, como o seu nome.

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ O que posso fazer se mostra medos?
- ☐ O que posso fazer quando a criança mente?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Estará preparada para a escola?
- ☐ O que posso fazer se faz chichi na cama?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





Ajuda-me a crescer

5/6

## Rotinas e sono

“Só mais um bocadinho...”

A criança é muito curiosa e entusiasma-se com tudo. Precisa de oportunidades para explorar e descobrir, mas também de limites. Os limites e as rotinas ajudam a organizar o seu entusiasmo e contribuem para dar segurança à criança. Por outro lado, fazem com que seja mais fácil interromper as actividades da criança.

### Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança ao longo de toda a vida. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. Vamos discutir o papel das rotinas na vida da criança.

**Rotinas** – As rotinas ajudam a criança e a família a saber o que é preciso fazer, quando, em que ordem, por quem. Tornam os dias mais previsíveis e ajudam a criança a sentir-se segura e a portar-se melhor.

- \* Não há uma regra sobre o número e o tipo de rotinas que as famílias devem ter. Rotinas diferentes funcionam bem em famílias diferentes. Experimentem e simplifiquem!
- \* As rotinas devem considerar as necessidades de toda a família. Por exemplo, considerem a hora a que saem e a que habitualmente chegam a casa para encontrarem tempo para a higiene, alimentação, sono, brincadeiras.
- \* Organizem as rotinas da criança à volta da alimentação, do sono e da higiene. Para além destes, reservem tempo para coisas importantes, como brincar, estar com os pais, contar histórias.



## Como é ter 5/6 anos?

A criança de 5/6 anos mostra curiosidade acerca de tudo e está sempre a aprender.

Nesta fase, pais e criança preocupam-se muitas vezes com a entrada na escola. A

**preparação para a escolaridade** envolve ser capaz de fazer uma série de coisas:

- ☐ Estar longe dos pais sem ficar aflita.
- ☐ Vestir-se e despir-se sem ajuda.
- ☐ Usar a casa-de-banho sozinha.
- ☐ Explicar as suas necessidades.
- ☐ Contar histórias.
- ☐ Prestar atenção enquanto se lê uma história e responder a perguntas.
- ☐ Lembrar-se de 2-3 passos para completar uma tarefa – descalça-te, lava as mãos e vem para a mesa.
- ☐ Trabalhar de forma independente.
- ☐ Cumprir regras e esperar a sua vez.
- ☐ Fazer puzzles simples.
- ☐ Usar o lápis e a tesoura.
- ☐ Desenhar animais, pessoas, objectos.
- ☐ Escrever, desenhar ou copiar formas, letras e números.
- ☐ Identificar algumas cores, letras do alfabeto e números.
- ☐ Contar até 10.
- ☐ Perceber que se lê da esquerda para a direita e de cima para baixo.

## Ideias para brincar

Brincar é a forma como a criança aprende e contribui para a sua

**preparação para a escolaridade.**



### Brinquedos para a criança de 5 anos:

- Blocos para construções
- Bolas pequenas e grandes
- Bonecas para vestir e despir
- Carros, camiões, garagens
- Roupas e acessórios para disfarces
- Livros, puzzles (12-15 peças), jogos
- Lápis, canetas, tintas, cola, tesoura, papel, plasticina para obras de arte

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

- Peça ajuda à criança em tarefas domésticas, como pôr a mesa ou estender roupa e aproveite para treinar os números (“Precisamos de quantos guardanapos?”) e as cores (“Dá-me todas as meias azuis”).

## Hora da caminha

O sono é essencial para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso mesmo, é uma tarefa central na sua **rotina**.

Para dormir bem, a criança tem de aprender bons hábitos de sono, como adormecer sozinha. Contudo, conseguir que a criança sossegue ou que durma toda a noite pode tornar-se um desafio. Por isso, é muito importante promover bons hábitos de sono.



## O sono aos 5 anos

- \* Precisa de 11-13 horas de sono durante a noite. Provavelmente, já não precisa de sesta.
- \* Pode resistir a ir para a cama porque está a aprender a testar os limites.
- \* Pode ter medos e pesadelos que dificultam o sono.

## Como conseguir uma boa noite de sono?

- \* Manter rotinas diárias consistentes e fazer actividade física durante o dia.
- \* Evitar bebidas e alimentos com cafeína (chá, refrigerantes, chocolate).
- \* Evitar brincadeiras muito activas antes de deitar.
- \* Evitar usar a cama para outras actividades para além dormir.
- \* Ajudar a criança a acalmar-se (um banho quente, uma “massagem”).
- \* Garantir um espaço adequado ao sono: uma temperatura agradável, silencioso, escurecido, sem televisão.
- \* Manter uma hora de deitar e de levantar consistente.
- \* Manter uma rotina de sono.

## Como estabelecer a hora de deitar?

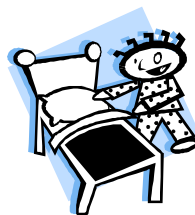
- \* Considere o número de horas de sono de que a criança precisa.
- \* Considere a hora de acordar adequada para a família.
- \* Parta da hora de acordar e ande para trás o número de horas de sono necessário para encontrar a hora de deitar desejável.





## Como estabelecer uma rotina de sono?

Uma rotina de sono implica envolver a criança numa série de actividades calmas nos 20-30 minutos antes de deitar. Por exemplo:



- \* Lembrar que é hora de sossegar.
- \* Ir à casa de banho tratar da higiene.
- \* Fazer actividades sossegadas (contar uma história ou cantar uma canção).
- \* Deitar, aconchegar e dar beijinho.

! O mais importante é

- manter a rotina consistente, isto é o mesmo tipo de actividades, pela mesma ordem, mais ou menos à mesma hora, todas as noites.

## E quando as “boas noites” são difíceis?

- \* Garanta que a criança tem tudo o que precisa antes de sair do quarto.
- \* Se a criança chamar, tente não responder.
- \* Se a criança tem medo de alguma coisa, mostre rapidamente que está tudo bem e volte a sair.
- \* Se a criança se levantar, conduza-a de volta para a cama e lembre-lhe que deve ficar deitada, de forma firme e calma. Não converse nem rale.
- \* Se já tentaram tudo e continua a ser difícil, **procurem os profissionais de saúde.**

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ O que posso fazer quando a criança mente?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Estará preparada para a escola?
- ☐ O que posso fazer se faz chichi na cama?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequenininho...

Ajuda-me a crescer

5/6

# Comportamento

## “A Maria é um menino!”

Entre os 5 e os 6 anos, a criança começa a preocupar-se mais com os outros, com os seus sentimentos e necessidades. A criança consegue pensar no efeito que o seu comportamento tem nos outros. Isto pode ajudá-la a controlar-se melhor. Mas também é uma idade em que as crianças gozam umas com as outras porque percebem que isso magoa. A criança está a aprender a tornar-se responsável pelos seus actos. Para isso, precisa do apoio dos pais e também de limites muito claros.

## Do que preciso?

Os primeiros anos de vida são essenciais para a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança. Os 4 Rs são essenciais: Relação, Rotinas, Regras e Recompensas. Vamos discutir como ensinar a criança a portar-se bem usando os 4 Rs.

**Relação** – Os pais devem **dar atenção** à criança quando se porta bem: parem, aproximem-se, observem, escutem e comentem o que a criança está a fazer.

**Rotinas** – Os pais devem **preparar** a criança para as transições (“Quando terminarmos este puzzle, vamos tomar banho”) e para os desafios (“Vamos ao supermercado, mas não vamos comprar nenhum brinquedo”).

**Regras** – Os pais devem estabelecer **regras claras** sobre coisas importantes, como segurança (“Temos de pôr o cinto para andar de carro”), forma de tratar os outros (“Não se bate”).

**Recompensas** – Os pais devem **elogiar** e **encorajar** frequentemente os comportamentos positivos da criança (“Boa! Calçaste os teus sapatos sozinho!”).



## Como é ter 5/6 anos?

A criança está mais confiante e organizada. Percebe as regras e consegue explicá-las aos outros. Também consegue brincar em grupos de 2-5 crianças e controla melhor o seu comportamento. Quando se zanga, consegue resolver os problemas de forma mais calma. Os pais podem ajudar a criança a aprender a **resolver problemas**:

- Conversem sobre os problemas e formas de os resolver pacificamente.
- Quando surgem problemas, ajudem as crianças a pensar em formas de os resolver.
- Dêem espaço à criança para resolver os seus problemas e intervenham só quando parece demasiado difícil.

## Ideias para brincar

Brincar ajuda a criança a aprender competências sociais importantes, que contribuem para tornar o seu comportamento mais adequado. A criança aprende a partilhar, esperar a sua vez, cooperar, seguir regras, resolver problemas. Nesta idade, **brincar com outras crianças** da mesma idade é essencial.



### Brincadeiras com amigos

- Bolas e espaço livre
- Roupas e acessórios para disfarces
- Puzzles e jogos de mesa
- Lápis, canetas, tintas, cola, tesoura, papel, plasticina para obras de arte
- Caça ao tesouro

### Uns minutos de brincadeira com os pais todos os dias

- Rimas: ensine à criança rimas e lengalengas; quando já perceber como se rima, podem jogar às rimas e ver quem encontra a palavra mais divertida para rimar.
- Qual é o som? Diga palavras começadas pela mesma letra (bola, boneca, balão) e peça à criança para descobrir qual é o primeiro som. Depois, troquem de papéis.

## Aprender a portar-se bem

Lidar com o comportamento da criança é um dos maiores desafios de ser pai. Para a criança aprender a portar-se bem, é preciso guiar o seu comportamento de forma positiva.



## Encorajar comportamentos adequados

**Dar instruções claras:** Os pais devem garantir que a criança está a ouvir, dar a instrução de forma afirmativa (“Despe o pijama” em vez de “Podes despir o pijama?”), assegurar que a criança consegue seguir a instrução (“Despe o pijama, agora veste a camisola...” em vez de “Veste-te”) e garantir que cumpre, lembrando-a.

**Dar atenção e ouvir:** Quando a criança fala ou se porta bem, os pais devem mostrar que estão atentos: aproximar-se da criança, observar, olhar nos olhos, sorrir e comentar as coisas que está a dizer e a fazer.

**Dar o exemplo:** A criança faz o que vê fazer. Se quer ouvir “por favor”, diga-o também.

**Elogiar e premiar:** Devem elogiar e premiar os comportamentos positivos e não só os comportamentos perfeitos. Para ser mais eficaz, descrevam o comportamento (“Gosto muito quando emprestas os carrinhos” em vez de “És um menino lindo”). Também podem premiar a criança com uma história ou uma brincadeira juntos (“Como te vestiste depressa, podemos ir ao parque”).

## Evitar comportamentos desadequados

**Reduzir a tentação:** Retirem objectos proibidos do alcance da criança.

**Escolher as batalhas:** Guardem o NÃO para as coisas mesmo importantes.

**Dar escolhas:** “Não podemos ir ao parque, mas podemos ler uma história ou fazer um puzzle. O que preferes?”.

**Estabelecer regras consistentes:** A criança deve antecipar o que pode e não pode fazer (“Não se bate”).

**Manter rotinas:** Saber o que acontece a seguir ajuda a criança a organizar-se.

**Preparar transições:** “Daqui a um bocadinho, vamos tomar banho”.



## Desencorajar comportamentos desadequados

**Distrair:** Devem lembrar à criança a regra ou dar uma instrução (“Não se salta no sofá”) e dirigi-la para outra actividade (“Podemos saltar no chão”).

**Ignorar:** Se a criança está a chamar a atenção e não é perigoso, podem afastar-se, não olhar nem falar com a criança e esperar que pare.

**Tempo de sossego:** Se a criança não consegue parar, podem dar-lhe tempo.

- ★ Escolher um canto da casa ou uma cadeira, afastado de outras pessoas e sem distrações – a criança não deve poder brincar ou entreter-se.
- ★ Usar um tom de voz calmo e explicar “Estás muito nervoso. Precisas de te acalmar”.
- ★ Se a criança se recusar a ir, conduzi-la ao local do tempo de sossego.
- ★ O tempo de sossego deve durar um minuto por cada ano de idade.
- ★ Durante o tempo de sossego, devem ignorar a criança.
- ★ Quando o tempo passa, oferecer uma actividade divertida “Já estás mais calmo, podemos ir fazer bolas de sabão”. Não dar sermões.

**Consequências:** Podem atribuir uma consequência relacionada (Se não bebe a água sossegado e entorna, tem de limpar) ou retirar um privilégio (Se bate ao irmão, não vê TV à tarde).

## Que desafios te trago?

Ter dúvidas, questões e preocupações faz parte de ser pai e mãe.

- ☐ Como posso ajudar a criança a dormir toda a noite?
- ☐ Como acabo com as batalhas à hora de deitar?
- ☐ O que posso fazer quando a criança tem pesadelos?
- ☐ O que posso fazer quando diz palavrões?
- ☐ O que posso fazer quando a criança bate?
- ☐ Será que fala bem para a idade?
- ☐ O que fazer se a criança fizer chichi na cama?

**Se precisa de apoio para estas e outras preocupações, procure os profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



# **Apêndice K**

---

## **Desafios do mês**



Caros pais,

Este mês enviamos a primeira brochura do Projecto “De Pequenino...”. Ao longo dos próximos meses, vão receber as nossas brochuras e também os nossos **desafios**.

Na brochura deste mês, vão encontrar alguma informação sobre a etapa do desenvolvimento da vossa criança e várias sugestões sobre formas de apoiar esse desenvolvimento.

Até breve!

### **Desafio do mês**

- ☒ **Brinquem com a criança durante 10 minutos todos os dias** – deixem-se guiar pelas ideias da criança ou usem algumas das sugestões que vos deixamos na brochura deste mês.
- ☒ **Contem uma história à criança todos os dias** – usem as sugestões que vos damos para tirarem o máximo proveito da leitura.

Divirtam-se!!

---





Caros pais,

Este mês enviamos a segunda brochura do Projecto “De Pequenino...” e novos desafios. Aqui vão encontrar alguma informação sobre a etapa do desenvolvimento da vossa criança, algumas sugestões sobre formas de apoiar esse desenvolvimento e informação mais detalhada sobre a importância das rotinas e do sono.

Até breve!

### **Desafio do mês**

- ☒ **Verifiquem a rotina da família, sobretudo a rotina matinal e a rotina de regresso a casa –**  
Há tempo para brincar? Está claro para a criança o que vai acontecer em cada momento?
- ☒ **Garantam uma rotina de deitar à criança –** por exemplo, brincadeira calma depois do jantar, avisar que é hora de deitar, fazer a higiene, fazer uma actividade sossegada (como contar uma história), dar um beijinho de boas noites, apagar a luz.
- ☒ **Não se esqueçam de continuar a brincar e contar histórias todos os dias!**

Divirtam-se!!

---



Caros pais,

Enviamos agora a terceira brochura do Projecto “De Pequenino...” e com ela o desafio do mês.

Na brochura deste mês, vão encontrar alguma informação sobre a etapa do desenvolvimento da vossa criança, algumas sugestões sobre formas de apoiar esse desenvolvimento e informação mais detalhada sobre formas de ensinar a criança a portar-se bem.

Até breve!

### **Desafio do mês**

- ☒ **Dêem atenção à criança** – quando a criança se está a portar bem, recompensem-na com atenção: brinquem com ela, comentem o que está a fazer de forma positiva.
- ☒ **Elogiem a criança todos os dias** – escolham um comportamento da criança que queiram manter ou aumentar (arrumar os brinquedos, partilhar) e elogiem-no sempre que acontece.
- ☒ **Não se esqueçam de brincar, contar histórias e manter uma rotina de deitar todos os dias!**

Divirtam-se!!

---



# Apêndice L

---

Brochuras “Se...”





De Pequeno...

# Se...

## Não falo bem

A forma como a criança fala é uma preocupação frequente dos pais. As crianças desenvolvem a linguagem a ritmos diferentes e muitas variações são normais. Contudo, é importante conhecer os sinais que devem ser motivo de preocupação.

### A linguagem da criança pequena

#### Aos 2 anos

- Usa mais de 50 palavras
- Tenta frases simples "Papá não há"
- Aponta para objectos ou imagens
- Segue instruções simples

#### Aos 3 anos

- Usa frases de 3-4 palavras
- Conta histórias e faz perguntas
- Percebe-se parte do que diz
- Segue 2 instruções

#### Aos 4 anos

- Usa frases de 4-5 palavras
- Faz perguntas (quem, o quê, quando)
- Fala claramente (a maior parte das pessoas percebe)

#### Aos 5 anos

- Usa frases correctas de 6 palavras
- Fala claramente (todos percebem)
- Segue um conjunto de instruções

### Se a criança pronuncia mal alguns sons

Quando a criança aprende a falar, alguns sons aparecem mais cedo, outros mais tarde.

**Os sons r e l** surgem entre os 2 e os 5 anos.

**Os sons s e z** aparecem por volta dos 2 anos, mas podem ser deformados até aos 5/6 anos.

**Os sons ch e j** aparecem pelos 3 ½ anos mas podem ser aprendidos apenas aos 7.

Muitas crianças substituem **o som ch por s** e **o som j por z**.

**Repita** as palavras da forma correcta, enfatizando o som ("LLLLLua"). Não force a criança a repetir.

**Valorize** mais o que a criança diz do que a forma como diz.





## Se a criança está a aprender devagar

**Converse:** Dê nomes aos objectos, ao que está a fazer (“Agora vamos pôr creme na barriga”) e ao que a criança faz. Use palavras simples e frases curtas.

**Ouçã:** Respeite e encoraje a criança a falar ouvindo. Dê tempo à criança, não tente adivinhar o que ela quer. Se não percebe bem o que a criança diz, pergunte ou peça-lhe que mostre. Enriqueça o que a criança diz acrescentando detalhes (“Sim, é o cão da avó. O cão está a comer.”).

**Faça perguntas:** Coloque perguntas simples (“O que queres comer?”).

**Cante canções e diga lenga-lengas:** É uma forma divertida de aprender.

**Conte histórias todos os dias:** A criança ouve e aprende vocabulário variado.

**Não critique:** Quando a criança não fala correctamente, não critique. Em vez disso, mostre de forma amigável a forma correcta de dizer repetindo “Sim, a Maria trouxe um jogo”.

## Se a criança gagueja

A criança pequena pode gaguejar porque pensa mais depressa do que consegue falar, ainda não sabe dizer muito bem uma palavra ou não sabe de todo qual a palavra que quer usar. Quando está muito excitada, perturbada ou quando a apressam pode ser mais evidente.

- **Não critique** se a criança gagueja
- **Não apresse** a criança
- **Tenha paciência** e encoraje a criança
- Se persistir, fale com o médico

## Procure um profissional de saúde se:

- ☐ Tem dúvidas quanto à audição da criança.
- ☐ **Aos 24 meses**, não diz pelo menos 15 palavras, não combina 2 palavras numa frase, não imita sons ou palavras. Comunica só por gestos. Não segue instruções simples.
- ☐ **Aos 3 anos**, as outras pessoas não percebem o que diz. Não constrói frases simples. Não tenta comunicar de outras formas, como balbuciar, fazer gestos, apontar. Não percebe instruções simples. Não se interessa por outras crianças.
- ☐ **Aos 4 anos**, não responde a pessoas fora da família, não usa frases com mais de 3 palavras.
- ☐ **Aos 5 anos**, não segue 2 instruções (“Põe o livro em cima da mesa e o carrinho debaixo da cadeira”), não diz o nome completo, não conversa, não usa o plural.





De Pequeno...

# Se...

## Faço birras

As birras fazem parte do desenvolvimento de qualquer criança saudável. São muito comuns em crianças com menos de três anos e vão diminuindo à medida que a criança aprende a controlar o seu comportamento. Contudo, podem ser muito difíceis para os pais e criar dificuldades na relação entre os pais e a criança. Por isso, é importante apoiar a criança para ter um comportamento mais adequado.

### A primeira aposta é evitar as birras

#### Rotinas

- ★ Mantenha rotinas consistentes – quando a criança sabe o que vem a seguir, é menos provável que resista.
- ★ Evite que a criança fique muito cansada ou com fome.
- ★ Prepare a criança para as transições entre actividades – “Daqui a um bocadinho vamos tomar banho”

#### Regras

- ★ Estabeleça regras simples e consistentes – se a criança souber o que pode e não pode fazer, resistirá menos quando lembrada “Não podes mexer na televisão”.

#### Atenção

- ★ Dê atenção à criança quando está a portar-se bem – “Fico tão contente quando te vejo a brincar calmamente”, “Muito bem. Vieste para o banho quando pedi. Assim temos tempo para brincar um pouco na banheira”.

#### Antecipar dificuldades

- ★ Planeie actividades para alturas difíceis – por exemplo, quando os pais estão ocupados a tratar do jantar, pode ser uma boa estratégia pedir ajuda à criança.
- ★ Tenha a casa “à prova de criança” – se não houver tantas tentações, os pais não vão precisar de estar sempre a contrariar a criança.

## Estratégias para lidar com as birras

### Distrair a criança

- ★ Quando é preciso contrariar a criança, ela pode resistir e iniciar uma birra. Dirigir a criança para outra actividade pode ajudar.
- ★ Os pais devem lembrar à criança a regra ou dar-lhe uma instrução (“Não se mexe na televisão”) e dirigi-la para outra actividade (“Podemos brincar com os legos”).

### Ignorar a birra

- ★ Quando a criança não pára a birra depois de oferecida uma alternativa, uma estratégia eficaz é ignorar.
- ★ Os pais devem garantir que a criança está em segurança. Por exemplo, se está deitada no chão a espernear, podem desviar brinquedos para não se magoar.
- ★ Devem manter-se afastados, não olhar nem falar com a criança e esperar que pare.

### Tempo de sossego

- ★ Se a criança está descontrolada, é eficaz usar um tempo de sossego.
- ★ Os pais devem escolher um canto da casa ou uma cadeira, afastado de outras pessoas e sem distrações – a criança não deve poder brincar.
- ★ Devem dar um aviso e explicar à criança porque vai ter um tempo de sossego “Estás muito nervoso. Tens de te acalmar”.
- ★ Se a criança se recusar a ir, devem conduzi-la ao local.
- ★ O tempo de sossego deve durar um minuto por cada ano da criança.
- ★ Durante o tempo de sossego devem ignorar a criança.
- ★ Quando o tempo chega ao fim, devem oferecer-lhe uma actividade divertida “Já estás mais calmo, podemos ir fazer bolas de sabão”. Não devem dar sermões.

## Quando nada parece resultar?

- ★ Se não conseguem decidir qual a estratégia
- ★ Se não conseguem aplicar as estratégias
- ★ Se já tentaram tudo e nada parece resultar
- ★ Se as birras são muito frequentes ou intensas

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde.**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequenininho...

# Se...

## Mordo, dou pontapés, empurro

As crianças pequenas podem ter alguns comportamentos agressivos. Na maior parte das vezes, a criança morde ou bate porque se sente zangada ou frustrada. Embora seja um comportamento habitual em crianças pequenas, a criança tem de aprender regras adequadas de convivência com os outros, tem de aprender a controlar o seu comportamento e tem de aprender outras formas de lidar com a fúria e zanga.

### Parar o comportamento imediatamente

**Nunca morda ou bata** como resposta ao comportamento agressivo da criança. A criança pode pensar que não faz mal morder ou bater porque o pai ou a mãe também fazem.

**Lembrar a regra:** Aproxime-se da criança, segure-lhe no ombro e diga "Não se morde". Se necessário, separe a criança da vítima.

**Dar atenção à vítima:** Mostre à criança as consequências de morder ou bater "Morder dói. Olha como a Maria ficou a chorar." Conforte a vítima.

**Dar um aviso:** Explique à criança que se voltar a morder ou a bater, terá de parar de brincar para se ir acalmar.

### Tempo de sossego:

Se a criança não pára, deve retirá-la para um lugar seguro, sem outras pessoas nem distrações. Olhe a criança nos olhos e diga "Vais ficar aqui até estares mais calmo". A criança deve ficar sozinha durante um minuto por cada ano de idade (se tem dois anos, fica 2 minutos). Durante esse tempo, ignore a criança (não fale nem olhe para ela). Depois, pergunte à criança se já está pronta para brincar sem morder. Se disser que sim, deixe-a regressar sem sermões.



## Ensinar outras alternativas

**Falar:** Ensine a criança a usar as palavras em vez de comportamentos agressivos “Pára com isso”, “Vai-te embora”, “Não gosto disso”, “Agora é a minha vez”.

**Fazer outra coisa:** Ensine a criança a distrair-se para mandar a fúria embora. Pode respirar fundo, pensar em coisas boas, correr, bater com os pés.

**Conversar:** Ensine a criança a falar sobre as suas emoções quando precisa de ajuda para as controlar “Ficas furioso quando o Miguel tira os teus brinquedos”.

**Resolver o problema:** Ensine a criança a resolver os problemas que a fazem zangar-se. Descreva o problema “Estão a brincar e ambos querem todos os blocos vermelhos”. Peça ideias para resolver o problema “O que podem fazer?”. Inicialmente, será necessário dar sugestões (“Podem construir as casas vermelhas à vez” ou “Podem construir uma casa juntos”), mas depois a criança começará a conseguir pensar em soluções sozinha.

**Elogie a criança** sempre que ela consegue usar uma destas alternativas em vez de bater ou morder.

## Quando nada parece resultar?

- ★ Se a criança é agressiva com muita frequência e com muitas pessoas diferentes
- ★ Se é difícil parar os comportamentos agressivos da criança
- ★ Se já tentaram tudo e nada parece resultar

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequeno...

Se...

Nunca paro

As crianças pequenas são muito activas e é normal terem imensa energia. Algumas crianças podem ter dificuldade em sentar-se sossegadas, concentrar-se ou brincar sozinhas. Para os pais, pode ser muito difícil lidar com a energia e actividade da criança. Por outro lado, é importante ajudar a criança a controlar o seu comportamento.

## Como viver com crianças muito activas?

É importante que os pais organizem o dia-a-dia considerando a necessidade da criança de gastar energia ou a sua dificuldade em estar quieta ou concentrada.

- **Manter uma rotina:** As rotinas ajudam a criança a organizar-se.
- **Dar estrutura:** Mantenha o ambiente da criança tão calmo e organizado quanto possível.
- **Dedicar tempo à criança:** Reserve um tempo em que dá atenção total à criança e brinca ao que ela quiser.
- **Encorajar actividades sossegadas:** Limite a quantidade de televisão e encoraje actividades como ver livros.
- **Evitar situações difíceis:** Mantenha os desafios curtos, como ir às compras.
- **Preparar situações difíceis:** Quando precisa de manter a criança sossegada durante períodos mais alargados de tempo (como esperar por uma consulta), prepare actividades para a entreter.
- **Fazer actividade física:** Tente disponibilizar oportunidades para a criança correr e gastar energias diariamente, como ir ao parque.
- **Evitar bebidas com cafeína:** Bebidas como a coca-cola ou o chá preto podem aumentar a tendência da criança para não parar.



## Como ajudar a criança a controlar-se?

**Planear:** Identifique as alturas do dia em que a criança consegue estar mais sossegada e concentrada. Programe as actividades que exigem maior concentração ou sossego para essas alturas.

**Dar instruções claras:** Garanta que a criança está a ouvir, olhando-a nos olhos ou tocando no ombro. Dê a instrução de forma calma e afirmativa (“Despe o pijama” em vez de “Podes despir o pijama?”). Torne a tarefa mais fácil, dividindo a instrução em partes (“Despe o pijama, agora veste a camisola...” em vez de “Veste-te”). Não dê novas instruções até a criança ter terminado a tarefa anterior.

**Bloquear distrações:** Se precisa que a criança se concentre numa tarefa, evite que outras coisas a distraiam. Por exemplo, se lhe pedir para pôr a mesa, a televisão não deve estar ligada ou o cão a correr à volta da mesa.

**Dar um passo de cada vez:** Não espere mudanças de um dia para o outro. Em vez disso, ajude a criança a atingir os objectivos gradualmente. Por exemplo, se precisa que a criança aprenda a sentar-se sossegada, comece por períodos muito pequeninos de tempo e depois vá aumentando.

**Elogiar:** Elogie os esforços da criança para ficar sossegada ou com atenção, mesmo que por pouco tempo.

## Quando procurar ajuda?

Algumas crianças podem ter dificuldades para estar sossegadas ou com atenção particularmente intensas, que trazem grandes dificuldades para o dia-a-dia.

- Se os pais estão muito preocupados
- Se a criança tem grandes dificuldades para sossegar, manter a atenção em qualquer actividade, seguir instruções e terminar tarefas
- Se a criança é muito impulsiva e age sem pensar
- Se a agitação da criança está a interferir com as amizades, vida familiar ou escolar

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequeno...

Se...

Tenho medo

A ansiedade e os medos fazem parte do desenvolvimento das crianças. A criança pequena pode ter medo de barulhos intensos, de animais, do escuro, de estar sozinha, de monstros e bruxas... Estes medos são normais e tendem a desaparecer à medida que a criança cresce. Contudo, é importante ter alguns cuidados para evitar que se tornem muito intensos, persistentes e perturbadores do dia-a-dia da criança.

## Porque é que a criança tem medo?

- A criança está a aprender a proteger-se dos perigos.
- A criança está a aprender a lidar com o que não conhece.
- A criança tem dificuldade em distinguir a realidade e a fantasia.
- A criança pode ter visto outras pessoas a reagirem com medo e aprendeu a ter medo também.
- A criança pode ter tido uma má experiência, como ser mordida por um cão.

## Como lidar com os medos da criança?

- **Reconhecer:** Não ignore nem desvalorize os medos da criança. Para ela, é realmente assustador.
- **Respeitar:** Não se ria, não goze nem se zangue com os medos da criança.
- **Dar segurança:** Quando a criança mostra medo, abrace-a e acaricie-a, diga-lhe que está tudo bem e converse sobre o medo.
- **Encontrar truques contra o medo:** Ajude a criança a encontrar formas de ter menos medo. Se tem medo do escuro, pode dormir com uma luz acesa ou com um ursinho. Se tem medo de monstros, pode aprender a mandar os monstros embora. Se tem medo de palhaços, pode distrair-se com uma brincadeira.



- **Encorajar a enfrentar o medo:**

Encoraje a criança a fazer coisas de que tem medo, mas não a force. Por outro lado, é importante tranquilizar a criança quando confronta os seus medos.

Finalmente, pode ajudar a criança a enfrentar os medos de forma gradual. Se tem medo de cães, pode tentar ter menos medo aos bocadinhos: primeiro vê imagens de cães, depois observa-os à distância, depois observa-os mais de perto, depois aproxima-se e vê a mãe dar uma festinha num cão mansinho...

- **Elogiar:** Quando a criança consegue enfrentar os seus medos, elogie-a.

Mas não critique quando se mostra aflita e incapaz de enfrentar o medo.

- **Esperar:** Intervenha apenas quando a criança mostra medo. Não se antecipe a proteger e tranquilizar a criança mesmo antes de a criança revelar medo. Também não deve ceder aos medos e evitar as situações que a criança pode temer. Por exemplo, se a criança tem medo de cães, não evite ir a locais onde há cães; quando os frequenta, tranquilize a criança quando revela medo ao aproximar-se dos cães.
- **Não rotular:** Evite rotular a criança como “envergonhada”, “medrosa” ou “ansiosa”.

## Quando procurar ajuda?

Por vezes, os medos podem ser mais perturbadores e persistentes e afectar o bem-estar da criança. Algumas crianças não conseguem ultrapassar os seus medos.

- Se os medos da criança estão a impedi-la de fazer coisas que quer fazer
- Se os medos da criança estão a interferir com as amizades, vida familiar ou dia-a-dia no colégio
- Se o comportamento da criança é muito diferente do comportamento de crianças da mesma idade
- Se a criança fica muito perturbada e é difícil de tranquilizar quando tem medo
- Se os pais estão muito preocupados

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**



De Pequeno...

Se...

## Tenho vergonha

Algumas crianças são muito extrovertidas. Outras são mais tímidas quando estão perto de pessoas pouco familiares ou não se sentem à vontade para se juntar a outras crianças. A timidez não tem de ser encarada como um problema, mas é possível ajudar a criança a sentir-se mais confortável.

### Será timidez?

Quando a criança é tímida, costuma demorar um bocadinho a ficar à vontade:

- A criança refugia-se nos pais quando está com pessoas novas ou pouco familiares (por exemplo, pede colo, esconde-se atrás das pernas).
- A criança demora um bocadinho a sentir-se à vontade com pessoas desconhecidas (por exemplo, não fala, fica a observar outras crianças a brincar).
- A criança consegue ultrapassar a timidez ao fim de algum tempo e explora livremente.

### Como ajudar a criança

- **Dar oportunidades:** Garanta que a criança tem muitas oportunidades de estar com pessoas para além da família mais próxima (por exemplo, leve-a ao parque, convide amigos a irem lá a casa).
- **Respeitar:** Não se ria, não goze, não critique nem se zangue quando a criança mostra vergonha.
- **Não rotular:** Evite classificar a criança como “envergonhada”.
- **Dar tempo:** Não pressione a criança. Dê-lhe espaço e tempo para se

ambientar e para se aproximar quando se sentir confortável.

- **Dar segurança:** Enquanto a criança se está a ambientar, mantenha-se disponível e dê-lhe conforto (acompanhe-a, sente-se perto dela). Nesta fase, não desapareça sem avisar a criança. Por vezes, a criança pode sair de perto dos pais, mas de tempos a tempos pode sentir necessidade de os procurar novamente. Nessas alturas, dê-lhe um maminho e encoraje-a a ir brincar novamente.

- **Encorajar:** Mostre à criança aspectos do ambiente à vossa volta que a possam interessar a explorar (“Olha, o Miguel e a Maria estão a brincar com plasticina”). Dê sugestões sobre formas de se envolver na brincadeira (“Queres ver que cores têm?”). Quando a criança consegue ultrapassar a timidez, valorize.
- **Não evitar:** Não evite todas as situações em que a criança se sente pouco à vontade. É importante estar com outras pessoas para aprender que consegue ficar mais à vontade.

## Quando procurar ajuda?

Por vezes, a timidez da criança pode ser mais intensa e perturbadora e afectar o seu bem-estar. Algumas crianças são vencidas pela sua timidez.

- Se a criança fica muito receosa ou ansiosa face a situações em que tem de interagir com outras pessoas e chora, tem dores de barriga ou náuseas, treme, transpira
- Se a criança evita situações sociais, como ir ao jardim-de-infância, ir a festas de aniversário, brincar no parque
- Se a criança não consegue estabelecer relações com pessoas fora da família, como os colegas, educadoras ou outros adultos
- Se a criança tem quatro anos ou mais e nunca brinca com outras crianças ou não tem pelo menos um ou dois amigos
- Se a criança se recusa a falar fora de casa

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



De Pequeno...

# Se...

## Não quero estar longe de ti

A criança pequena pode ter uma grande dificuldade em separar-se dos pais. Quando a criança receia ou se preocupa com os momentos em que não pode estar com os pais, diz-se que a criança revela ansiedade de separação. Na criança pequena, esta forma de ansiedade é normal e tenderá a aparecer com menos frequência e intensidade à medida que a criança cresce. Em alturas de mudança, como a entrada para o jardim-de-infância, a ansiedade de separação pode intensificar-se.

### Sinais de ansiedade de separação

A criança pode mostrar a sua dificuldade em separar-se de várias formas

- Protesta, chora ou esperneia quando se separa dos pais.
- Resiste às tentativas de aproximação dos outros
- Recusa-se a ir ou a ficar na creche, no jardim-de-infância, em casa da ama ou dos avós.
- Recusa-se a dormir na casa de outras pessoas sem os pais.
- Queixa-se de dores de barriga, de cabeça ou outras maleitas quando se separa dos pais ou sabe que isso vai acontecer.

### Como tornar as separações mais fáceis?

**Preparar a criança:** Um pouco antes da separação, diga à criança que é dia de escola ou que vai ter de sair. Explique também à criança quando regressa (“Venho buscar-te a seguir ao lanche”;

“Chego a casa a tempo de te dar um beijinho de boas noites”).

**Despedir:** Despeça-se da criança e não saia às escondidas. Isso só servirá para deixar a criança confusa.



**Dar segurança:** Despeça-se da criança de forma positiva, calma e tranquilizadora (“A mãe volta depois da sesta”). Não se mostre perturbado com a despedida.

**Estabelecer um ritual:** Siga uma rotina de despedida que dê conforto à criança. Por exemplo, a criança acompanha à porta, dá um beijinho e diz adeus; dão um abraço por cada hora que vão estar separados.

**Usar um objecto de conforto:** Tenha disponível o objecto de conforto

habitual da criança (peluche, fraldinha) ou criem um especial, como uma fotografia dos pais.

**Ser firme:** Depois das despedidas, os pais devem ir embora e evitar prolongar a situação. Se cederem ao choro e protestos da criança e adiarem a despedida, a criança aprende que vale a pena protestar.

**Celebrar o regresso:** Dê à criança uma boa razão para esperar pelo seu regresso, como irem ao parque ou lerem uma história juntos.

## Quando procurar ajuda?

Embora a ansiedade de separação da criança pequena seja normal, este tipo de ansiedade pode ser mais intenso, persistente e perturbador para a criança e a família.

- Se os pais estão muito preocupados
- Se a ansiedade de separação está a impedir a criança de fazer coisas que quer fazer
- Se a ansiedade de separação está a interferir com as amizades, vida familiar ou dia-a-dia no jardim-de-infância
- Se o comportamento da criança é muito diferente do comportamento de outras crianças da mesma idade
- Se a criança mostra outros sinais de tensão, como problemas de sono (pesadelos, medo de dormir sozinha) ou perda de apetite
- Se a criança mostra sinais de pânico (como náuseas, vômitos ou falta de ar) quando os pais a deixam

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequenininho...

# Se...

## Não sei partilhar

Saber partilhar é uma competência importante para nos relacionarmos com os outros. Contudo, os pais não devem estar à espera de que a criança compreenda completamente a “partilha” até cerca dos 4 anos. Aprender a partilhar leva tempo. É importante apoiar a criança nesta aprendizagem, mas atendendo ao que é capaz.

## O que a criança precisa de aprender para partilhar

Aprender a partilhar leva tempo porque há muitas coisas para aprender:

- Conseguir controlar o impulso de tirar as coisas aos outros.
- Conseguir perceber o ponto de vista de outras crianças.
- Perceber o tempo suficientemente bem para conseguir aceitar que não faz mal esperar um pouco para ter o que quer.
- Ser capaz de falar suficientemente bem para negociar quem fica com o quê e quando.

## O que a criança sabe sobre partilhar

**Aos dois anos** a criança só sabe que quer qualquer coisa e que a quer agora! A criança pode ainda nem perceber bem as noções de pertença e achar que tudo é seu. Às vezes pode até parecer que tem umas regras um pouco estranhas, como: “É meu porque eu quero” ou “Quero porque tu o tens”.

**Aos três anos**, a criança está em plena fase de treinar a partilha. As crianças podem até passar bastante tempo a decidir quem vai ficar com o brinquedo, quem faz o quê e quem pode brincar. Mas às vezes é difícil.

**A partir dos quatro anos**, a criança consegue emprestar e trocar melhor e gosta de dar e receber.

## Como encorajar a criança a partilhar?

**Seja um bom modelo:** Se partilhar e trocar a vez com a criança, ela aprenderá que é agradável quando partilham com ela e fará o mesmo com os outros.

**Dê oportunidades à criança para aprender, mas com calma:** É importante a criança ter oportunidades para brincar com outras crianças. Quando são muito pequenas, é importante compreender que a criança ainda tem dificuldade em aceitar que nem tudo é seu ou que os outros também gostariam de brincar.

**Elogie:** Elogie a criança sempre que ela empresta alguma coisa. Descreva como a outra criança se sente “O Miguel está todo contente por lhe teres emprestado o camião um bocadinho”.

**Oriente:** Se a criança quer muito um brinquedo que outra criança tem, ajude-a a encontrar outra coisa interessante. Dessa forma, ajuda a criança a aprender a esperar.

**Tenha paciência:** Não se esqueça de que aprender a partilhar leva tempo. Aceite que haverá problemas e que a criança nem sempre conseguirá esperar ou desistir de um brinquedo. Nunca castigue a criança por não partilhar – queremos que aprenda que partilhar é uma coisa boa e não que é obrigada a partilhar.

**Ajude a negociar:** A partir dos três anos, ajude a criança a negociar a distribuição dos brinquedos com os outros. Pode estabelecer um tempo (5 minutos) para cada um ter o brinquedo

## Quando nada parece resultar?

Se pelos quatro anos a criança continua a não conseguir cooperar com os outros e é agressiva ou desagradável, **Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



De Pequeno...

Se...

## Não quero usar o bacio

A aprendizagem da higiene acontece a um ritmo diferente em crianças diferentes. A maioria das crianças consegue aprender a usar a casa de banho entre os 2 e os 3 anos. Contudo, algumas crianças resistem a esta aprendizagem. A criança pode continuar a ter muitos acidentes, molhando ou sujando a roupa, ou pode mesmo recusar-se a usar o bacio ou a sanita. Se a criança tem mais de 3 anos, é saudável e não fez a aprendizagem da higiene depois de várias tentativas, a criança pode estar a resistir.

### Porque é que a criança resiste?

A resistência pode relacionar-se com a forma como pais tentaram ensinar a criança:

- ★ Lembraram a criança demasiadas vezes.
- ★ Deram-lhe muitos ralhetes.
- ★ Obrigaram-na a sentar-se no bacio.
- ★ Sentaram-na por longos períodos.
- ★ Castigaram a criança por resistir.

### Como lidar com a resistência?

- ★ **Deixar a criança decidir**
  - Conversar uma última vez com a criança e explicar o uso do bacio.
  - Dizer à criança que já não precisa de ajuda e que vai conseguir sozinha.
  - Parar todas as conversas sobre este assunto.
  - Fingir não estar preocupado.
- ★ **Parar de lembrar**
  - Deixar que a criança use a casa-de-banho quando sente que tem vontade.
  - Não lembrar nem perguntar se precisa, mesmo quando vêem sinais (caretas, apertar as pernas).
  - Não obrigar a criança a sentar-se.





★ **Incentivar a criança**

- Elogiar a criança sempre que usa a casa-de-banho.
- Colocar estrelas num calendário sempre que usa a casa-de-banho
- Recompensar a criança por usar a casa-de-banho (um prémio, um autocolante, um abraço, brincar com os pais, ir ao jardim).

★ **Colocar o bacio em lugar visível**

- Colocar o bacio num sítio visível, que ajude a criança a lembrar-se mesmo quando está a brincar.

★ **Substituir as fraldas por cuecas**

- Escolher com a criança cuecas engraçadas (desenhos animados).
- Lembrar à criança que os bonecos “não gostam de chichi”.

★ **Lidar com os acidentes**

- Dar instruções à criança para se limpar e mudar de roupa logo que se apercebem de que sujou a roupa.
- Dar a ajuda necessária, mas sem muita atenção.
- Não castigar nem ralhar.

## Quando procurar ajuda?

- ★ Se têm dúvidas quanto à forma como estão a tentar ensinar a criança
- ★ Se a aprendizagem está a trazer dificuldades na relação pais-criança
- ★ Se a resistência não diminuiu depois de tentar as sugestões indicadas durante um mês
- ★ Se a criança continua a resistir ao fim de 3 meses
- ★ Se a criança tem medo de se sentar no bacio ou sanita
- ★ Se a criança retém as fezes ou fica obstipada
- ★ Se a criança tem dor ou ardor quando urina
- ★ Se a criança tem mais de 4 anos de idade

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação**

sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequeno...

Se...

## Faço chichi na cama

A aprendizagem da higiene acontece a um ritmo diferente em crianças diferentes. A maioria das crianças consegue manter-se seca durante o dia entre os 2 e os 3 anos e durante a noite um pouco depois. Contudo, é muito comum a criança molhar a cama durante a noite até cerca dos 5 anos. A partir dos cinco anos, os acidentes começam a diminuir, mas ainda podem acontecer algumas vezes. A melhor forma de lidar com estes acidentes é encará-los como uma parte natural da aprendizagem da higiene.

### Porque é que a criança molha a cama?

A criança não controla estes acidentes. Pode molhar a cama por várias razões:

- Pode ter um sono muito pesado e não consegue acordar quando tem a bexiga cheia.
- Pode produzir muita urina.
- A bexiga pode não conseguir armazenar uma grande quantidade de urina.

### O que fazer?

- Na maioria dos casos, os acidentes desaparecem espontaneamente.
- Se a criança tem muitos acidentes durante o dia ou se não consegue ficar seca por 2 a 3 horas, é melhor adiar um pouco a aprendizagem durante a noite até que complete a aprendizagem durante o dia.
- Se a criança tem poucos acidentes durante o dia e consegue ficar seca por algumas horas, os pais podem ter alguns cuidados para ajudar a criança a fazer a aprendizagem da higiene durante a noite.



## Cuidados no dia-a-dia

- Não devem limitar a quantidade de líquidos durante o dia. A criança precisa de ingerir muitos líquidos.
- A dieta da criança não deve sofrer restrições para evitar acidentes.
- Evitar bebidas com cafeína, pois aumentam a produção de urina.
- Garantir que a criança vai à casa-de-banho regularmente durante o dia (4 a 7 vezes por dia).

## Apoiar a aprendizagem da higiene durante a noite

Se a criança já consegue manter-se seca durante o dia há algum tempo, os pais podem experimentar algumas noites sem fraldas, dando algumas ajudas:

- Garantir que a criança vai à casa-de-banho antes de dormir.
- Levar a criança à casa-de-banho se acordar durante a noite.
- Garantir que consegue despir-se sozinha se tentar ir à casa-de-banho.
- Garantir que a criança consegue ir à casa-de-banho se acordar com vontade (como ter uma luz).
- Proteger a cama com um resguardo.
- Ajudar a criança a limpar-se quando tem um acidente.
- Evitar dar demasiada importância aos acidentes: não ralhe nem castigue.
- Encorajar o esforço da criança e não só as noites secas: “Estou muito contente por teres feito mais um chichi antes de ires para a cama”.

## Quando procurar ajuda?

- Se a criança tem outros sintomas (ardor ao urinar, necessidade constante de urinar)
- Se a criança se manteve seca durante a noite durante 6 meses ou mais e agora recomeçou a molhar a cama
- Se a criança tem mais de 5 anos e continua a molhar a cama frequentemente
- Se é muito perturbador para os pais e a criança

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde**

### Se **deseja mais informação**

sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequenininho...

# Se...

## Não faço as coisas sozinho

Conseguir fazer coisas sozinho não só é uma parte importante do desenvolvimento da criança como lhe dá a sensação de competência, promovendo a sua auto-estima. Mas esta é uma aprendizagem que se faz aos poucos, um passinho pequenino de cada vez. É importante dar espaço à criança para tentar, mas também estar atento aos desafios que lhe propomos para que não esteja sempre a sentir que não consegue.

### O que a criança sabe fazer sozinha

Entre os dois e os seis anos, as coisas que a criança aprende a fazer sozinha estão relacionadas com a alimentação, a higiene e arranjo pessoal e as tarefas de casa.

**Pelos dois anos**, a criança consegue lavar e secar as mãos, levar a colher à boca, beber por um copo, descalçar-se, despir e vestir roupas fáceis, arrumar os brinquedos com ajuda.

**Pelos três anos**, a criança quer fazer cada vez mais coisas sozinha e gosta de ajudar. Consegue vestir-se com alguma

ajuda, usar o garfo, fazer algumas tarefas de casa simples.

**A partir dos quatro anos**, a criança consegue vestir-se, comer sozinha como os crescidos, preparar alguns alimentos (como a taça de cereais), tomar banho, ir à casa de banho, ajudar com tarefas de casa.

### Como encorajar a criança a fazer sozinha?

**Dê oportunidades:** Sempre que a criança tenta fazer alguma coisa nova, deixe-a tentar e encoraje-a a tentar novamente quando não consegue à primeira.

**Elogie:** Quando a criança tentar fazer alguma coisa sozinha, elogie o seu esforço, mesmo que não consiga fazer. Se tiver de fazer alguma correcção, comece por elogiar a tentativa.

**Tenha paciência:** Dê tempo à criança para fazer as coisas sozinha. Contenha o impulso de ir logo ajudá-la ou corrigir o que fez – não é grave se tiver uma meia de cada cor. Respeite o ritmo da criança e não a pressione quando ela ainda não está pronta para a tarefa.

**Garanta a segurança:** É preciso estar muito atento às novas tentativas da criança e estabelecer limites entre o que pode e não pode fazer sozinha por motivos de segurança – por exemplo, não pode usar o fogão porque pode queimar-se ou descascar fruta porque pode cortar-se.

**Oriente:** A criança aprende a fazer sozinha em pequenos passos. Primeiro, aprende a ajudar na tarefa – por

exemplo, ajuda a pôr a mesa (mostre o que é preciso fazer e deixe a criança tentar). Depois, faz a tarefa com uma pequena ajuda para se lembrar do que tem de fazer – por exemplo, ajude a criança a verificar se pôs tudo o que era preciso. Finalmente, a criança consegue fazer sozinha, sem ser preciso dar instruções ou lembrar.

**Dê responsabilidades:** Envolver a criança nas tarefas de casa sempre que ela mostra algum interesse ou vontade de ajudar. Aos poucos, pode começar a atribuir-lhe algumas tarefas, como pôr os guardanapos e talheres na mesa, pôr a roupa suja no cesto.

## Quando procurar ajuda?

Se pelos dois anos a criança não mostra nenhum interesse em fazer algumas coisas sozinha, **falem com os vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



De Pequenininho...

# Se...

## Vou para a escola?

A entrada na escola é um momento marcante para a criança e para os pais. Esta mudança será mais fácil se a criança estiver preparada. Não é preciso saber ler e fazer contas antes de ir para a escola. Mas há uma série de coisas que é importante a criança conseguir fazer para ser tudo mais fácil. Aprender a ler, escrever e fazer contas começa muito antes de entrar para o primeiro ciclo e os pais podem ajudar! Mas o mais importante é respeitar o ritmo e o interesse da criança. Não a forcem.

### Aprender a estar na sala de aula

#### O que a criança deve ser capaz de fazer

- ☐ Estar longe dos pais sem ficar aflita.
- ☐ Vestir-se e despir-se sem ajuda.
- ☐ Usar a casa-de-banho sozinha.
- ☐ Seguir instruções simples.
- ☐ Explicar as suas necessidades.
- ☐ Prestar atenção enquanto se lê uma história e responder a perguntas.
- ☐ Ficar sentada por algum tempo.
- ☐ Lembrar-se de 2-3 passos para completar uma tarefa – descalça-te, lava as mãos e vem para a mesa.
- ☐ Completar actividades sem a orientação de um adulto.
- ☐ Cumprir regras e esperar a sua vez.

#### Como ajudar a criança?

- Encoraje a criança a brincar no quarto sem a presença dos pais.
- Encoraje a criança a fazer coisas sozinha, como vestir-se, arrumar os brinquedos depois de brincar.
- Encoraje brincadeiras com amigos.
- Incentive a criança a ficar sentada à mesa durante a refeição.
- Encoraje a criança a terminar o que começou antes de mudar de actividade, como terminar um jogo.
- Ensine a criança a seguir instruções e a esperar a sua vez, com jogos como "O rei manda...".
- Encoraje brincadeiras que exijam atenção e sossego, como desenhos.



# Aprender a usar letras, palavras e números

## O que a criança precisa de ser capaz de fazer

- \* Usar o lápis com precisão.
- \* Escrever, desenhar ou copiar formas, letras e números.
- \* Saber que se lê da esquerda para a direita e de cima para baixo.
- \* Conhecer os nomes das letras.
- \* Saber os sons das letras.
- \* Juntar os sons das letras.
- \* Contar.
- \* Saber o significado dos números.
- \* Perceber palavras como maior e menor, primeiro e último.
- \* Agrupar objectos de acordo com a cor, a forma, o tamanho.

## Como ajudar a criança?

- Encoraje a criança a fazer rabiscos, desenhar e escrever: desenhar pessoas e animais, passar com o lápis sobre linhas tracejadas, copiar letras e formas, escrever o nome.
- Ensine os nomes das letras: diga o nome das letras do nome da criança; cante canções sobre letras.
- Faça jogos com letras: quando vão na rua, procurem nas matrículas dos carros letras conhecidas; digam palavras começadas por uma letra.
- Ensine rimas à criança.
- Leia histórias à criança e siga com o dedo as palavras que está a ler.
- Peça à criança para contar histórias, usando livros, imagens, desenhos.
- Peça à criança ajuda para arrumar as compras: dá-me todos os pacotes de massa; dá-me todas as latas, mas primeiro as maiores.
- Faça jogos com números: quantos gatos vê; onde estão três pássaros; qual é o primeiro carro, e o do meio.

## Quando procurar ajuda?

Cada criança tem o seu próprio ritmo de aprendizagem. A educadora da criança e os profissionais de saúde podem ajudar os pais a perceberem os progressos que a criança está a fazer e a identificarem dificuldades. **Procurem-nos!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras



De Pequeno...

Se...

## Não quero dormir

Para algumas famílias, a hora de deitar é uma verdadeira batalha. A criança protesta para ir para a cama, chama, chora ou levanta-se depois de a deitarem ou acorda muitas vezes durante a noite. Este tipo de dificuldades com o sono é muito frequente nas crianças pequenas e pode trazer às famílias um grande cansaço. A resolução destas dificuldades implica ensinar a criança a adormecer sozinha.

### Estabelecer horas de dormir consistentes

- \* Manter rotinas diárias consistentes, como a hora das refeições, da sesta.
- \* Garantir que a hora da sesta não interfere com o sono da noite.
- \* Estabelecer uma hora de deitar: considere a hora de acordar habitual; parta dessa hora e ande para trás o número de horas de sono de que a criança precisa para encontrar a hora de deitar.
- \* Se a criança habitualmente sossega muito mais tarde do que o desejável, os pais podem começar por fixar a hora de deitar próximo da hora a que a criança costuma adormecer. Depois vão deitando a criança progressivamente mais cedo.

### Estabelecer uma rotina de sono

Uma rotina de sono implica envolver a criança numa série de actividades nos 20-30 minutos antes de deitar. Deve ser o mesmo tipo de actividades, pela mesma ordem, mais ou menos à mesma hora, todas as noites. Por exemplo:

- \* Lembrar à criança que é hora de sossegar uns minutos antes de iniciar a rotina.
- \* Ir à casa de banho tratar da higiene.
- \* Realizar actividades sossegadas, como contar uma história ou cantar uma canção.
- \* Deitar, aconchegar e dar beijinho.



## Escolher uma estratégia

Quando o estabelecimento de horas de sono consistentes e de uma rotina de sono não são suficientes, é necessário ensinar a criança a adormecer sozinha. Quando a criança chama, chora, protesta ou acorda durante a noite, os pais podem:

### **Ignorar o choro e protestos da criança**

- ★ Seguir a rotina de sono, deitar a criança e sair do quarto.
- ★ Se a criança chorar ou acordar, os pais verificam se não precisa de nada, mas sem confortar ou conversar com a criança.
- ★ Depois saiem do quarto e não voltam até a criança parar de chorar.

### **Confortar brevemente a criança**

- ★ Seguir a rotina de sono, deitar a criança e confortá-la brevemente (falam ou acariciam a criança por um minuto).
- ★ Depois de a criança sossegar, sair.
- ★ Quando a criança chama, chora ou acorda os pais esperam uns minutos (por exemplo, 3 minutos).

- ★ Se a criança continuar a protestar, vão junto dela, falam ("Está tudo bem. Está na hora de dormir. A mamã gosta muito de ti") ou acariciam a criança por um bocadinho para se acalmar e saiem.
- ★ Se a criança voltar a protestar, os pais vão aumentando o tempo que demoram a responder.

### **Atenção!!**

- ★ Todas as pessoas que cuidam da criança devem usar a estratégia.
- ★ A estratégia deve ser usada sempre.
- ★ A mudança dos hábitos de sono pode demorar vários dias.
- ★ Os protestos da criança podem piorar antes de melhorarem. O importante é manterem-se firmes e consistentes.

## Quando nada parece resultar?

- ★ Se não conseguem decidir qual a melhor estratégia para a família
- ★ Se não conseguem aplicar a estratégia
- ★ Se já tentaram tudo e nada parece resultar

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras





De Pequeno...

Se...

## Pesadelos e terrores nocturnos

O sono da criança pequena nem sempre é tão sossegado quanto os pais esperam. Por vezes, a criança pode ter um sonho mau e acordar a chorar e a gritar pelos pais. Isto é um pesadelo. Mas pode acontecer uma coisa um pouco diferente. A criança pode chorar e gritar, mas quando os pais vão junto dela não conseguem sossegá-la. Isto pode ser um terror nocturno.

### Pesadelos e terrores nocturnos

#### **Pesadelos**

- A criança tem um sonho mau.
- Acorda completamente.
- Pode ter medo e chorar.
- Pode demorar a voltar a sossegar.
- Lembra-se do sonho no dia seguinte.

#### **Terrores nocturnos**

- \* A criança chora, grita, transpira.
- \* Não se consegue acordar a criança.
- \* Não se consegue confortar a criança.
- \* Pára subitamente.
- \* Não se lembra no dia seguinte.

### Como lidar com os pesadelos

Os pesadelos podem acontecer ocasionalmente como resultado do aumento da imaginação da criança. O mais importante é confortar a criança e dar-lhe segurança:

- \* Explicar à criança que foi um sonho mau, que está tudo bem e confortá-la (por exemplo, um beijinho e um maminho para ajudar a sossegar).
- \* Se a criança sonhou com monstros, pode-se explicar que os monstros são a fingir e só existem nas histórias e não fazem mal às crianças.
- \* É importante não gozar com a criança nem desvalorizar.
- \* No dia seguinte, se a criança quiser falar sobre o assunto, é importante ser paciente e escutar.

## Como lidar com os terrores nocturnos

Os terrores nocturnos podem acontecer na criança pequena e vão desaparecendo à medida que a criança cresce. São muito assustadores para os pais, mas não são perigosos para a criança nem têm nenhum efeito a longo prazo. O mais importante é garantir que a criança não se magoa:

- ★ Evitar acordar a criança durante um terror nocturno. Se for acordada, a criança ficará confusa e pode demorar mais tempo a sossegar.
- ★ Esperar que a criança pare de se debater. Depois, conduzir a criança para a cama, deitá-la e aconchegá-la. A criança deverá sossegar depressa.
- ★ Para evitar que a criança se magoe, os pais podem ficar junto dela, desviar brinquedos e guiar a criança para não bater ou tropeçar em obstáculos.
- ★ Se a criança tem um terror nocturno à mesma hora todas as noites, os pais podem tentar quebrar o padrão: acordem a criança cerca de 15 minutos antes da hora a que costumam acontecer; mantenham a criança acordada durante alguns minutos e depois deixem-na adormecer novamente.

## Quando procurar ajuda?

- ★ Se os pais estão muito preocupados,
- ★ Se a criança tem muitos pesadelos ou tem sempre o mesmo pesadelo ou os pesadelos são muito assustadores e os pais não conseguem perceber porquê,
- ★ Se os pesadelos surgirem conjugados com muita ansiedade durante o dia ou com situações traumáticas,
- ★ Se os terrores nocturnos não muito prolongados ou violentos,
- ★ Se os terrores nocturnos surgem associados a outros problemas de sono,

**Peçam apoio aos vossos profissionais de saúde!**

Se **deseja mais informação** sobre o desenvolvimento e comportamento da sua criança, contacte-nos para:

- [depequenino@fp.ul.pt](mailto:depequenino@fp.ul.pt)
- Tel. 217943636, às 6<sup>as</sup> feiras

# **A**pêndice **M**

---

## **Cartões Semanais**



Caros pais,

O comportamento da vossa criança traz alguns desafios. Na brochura que vos enviamos encontram algumas sugestões para gerir esse comportamento. Contudo, mudar um comportamento é difícil. Por isso, é importante **dar um passo de cada vez**. Os cartões semanais irão ajudar-vos a dar esses passos.

#### 1º Passo – Dar atenção positiva ①

Muitas vezes, damos muita atenção a comportamentos desadequados. O primeiro passo para mudar é **dar atenção à criança quando se porta bem**. Como fazer isso? **Vamos começar por dar boas razões à criança para se portar bem!**

Esta semana, **brinquem com a criança 10 minutos todos os dias**:

- ☒ Deixem-se guiar pela imaginação, ideias e ritmo da criança. As crianças gostam de repetir.
- ☒ Se a criança não parece interessada na brincadeira, passem para outra coisa que ela queira.
- ☒ De preferência, escolham brincadeiras não competitivas.
- ☒ Façam comentários positivos acerca da brincadeira.
- ☒ Mostrem à criança que gostam de brincar com ela.

Mãos à obra!!!



Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido divertido para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para vos ajudar a **dar um passo de cada vez**. Esta semana, vamos continuar a trabalhar o 1º passo.

### 1º Passo – Dar atenção positiva ②

Como vimos, muitas vezes, damos muita atenção a comportamentos desadequados. O primeiro passo para mudar é **dar atenção à criança quando se porta bem**. Dar atenção à criança através de um período de brincadeira a dois é uma forma de lhe dar boas razões para se portar bem. Mas há mais! **É importante enriquecer as brincadeiras da criança!**

Esta semana, continuem a **brincar com a criança 10 minutos todos os dias**:

- ☑ Deixem-se guiar pela imaginação, ideias e ritmo da criança.
- ☑ Podem brincar ao faz-de-conta, com plasticina, com blocos, fazer desenhos ou colorir.
- ☑ Se a criança não parece interessada na brincadeira, passem para outra coisa que ela queira.
- ☑ Comentem a brincadeira: o que a criança está a fazer, os nomes, cores, formas dos objectos.
- ☑ Façam comentários sobre o comportamento positivo da criança enquanto brinca: paciência, calma, atenção, persistência...

Mãos à obra!!!





Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido divertido para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para vos ajudar trabalhar o 1º passo.

### 1º Passo – Dar atenção positiva ③

Como vimos, muitas vezes, damos muita atenção a comportamentos desadequados. O primeiro passo para mudar é **dar atenção à criança quando se porta bem**. Para além de dar atenção à criança através de um período de brincadeira, é **importante apanhar a criança a portar-se bem!**

Esta semana, continuem a brincar com a criança 10 minutos todos os dias e **praticuem o elogio:**

- ☑ Elogiem a criança enquanto brincam com ela (“Que girafa tão gira que fizeste”).
- ☑ Apanhem a criança a portar-se bem (por exemplo, a brincar em sossego, a emprestar um brinquedo, a pedir por favor) e elogiem-na – não guardem o elogio para coisas especiais.
- ☑ Escolham um comportamento que gostariam que a criança repetisse mais vezes e elogiem-no sempre que acontecer (por exemplo, arrumar os brinquedos, fazer o que lhe pedem).
- ☑ Façam elogios específicos (“Muito bem, apanhaste os carrinhos do chão como eu pedi”).
- ☑ Façam o elogio no momento em que a criança mostra o comportamento adequado.
- ☑ Acompanhem o elogio com sorrisos, abraços, festinhas, beijinhos e entusiasmo.

Mãos à obra!!!



Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido proveitoso para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para vos ajudar a trabalhar o 1º passo.

#### 1º Passo – Dar atenção positiva ④

Como vimos, muitas vezes, damos muita atenção a comportamentos desadequados. O primeiro passo para mudar é **dar atenção à criança quando se porta bem**. Para além de dar atenção à criança através da brincadeira e do elogio, é importante **incentivar os comportamentos positivos da criança, sobretudo quando são comportamentos mais difíceis!**

Esta semana, continuem a **brincar e a elogiar a criança e pratiquem o uso de incentivos:**

- ☑ Escolham um comportamento que querem ver a acontecer mais vezes (por exemplo, vestir-se sozinho, comer sozinho, ir para a cama quando os pais dizem, arrumar os brinquedos).
- ☑ Escolham o incentivo/recompensa. Podem ser presentes pouco dispendiosos (cromos), privilégios (convidar um amigo para brincar) ou actividades especiais (ir ao parque).
- ☑ Combinem com a criança ("Se ficares quietinho ao meu lado no supermercado, sem correrias nem gritarias, ganhas um autocolante").
- ☑ Estabeleçam pequenos passos. No início tem de ser fácil ganhar a recompensa.
- ☑ Acompanhem as recompensas com elogios.

Mãos à obra!!!



Caros pais,

Esperamos que o último desafio tenha sido proveitoso para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para vos ajudar a dar um passo de cada vez. Esta semana, vamos começar a trabalhar o **2º passo**.

## 2º Passo – Organizar a vida da criança <sup>1</sup>

Para conseguir que a criança se porte bem e se controle, é essencial que os seus dias sejam consistentes. Para isso, um contributo central são as ROTINAS. As rotinas ajudam a criança a saber o que vai acontecer em cada momento do dia. Isto faz com que se sinta mais segura e se prepare para as mudanças. Mas estabelecer rotinas nem sempre é fácil... Lembrem-se que **o mais importante é que os dias da criança sejam parecidos e que haja tempo nas rotinas para as suas necessidades: comer, dormir, brincar... Assim, será mais fácil para a criança colaborar!**

Esta semana, **verifiquem as rotinas da família:**

- ☒ As rotinas da família são regulares? Acontecem as mesmas coisas, nas mesmas alturas, pela mesma ordem todos os dias? Experimentem anotar para verificarem.
- ☒ Está claro para a criança o que deve acontecer em cada momento, nomeadamente de manhã, no regresso a casa e ao deitar? Experimentem fazer uma lista para estes momentos do dia.

Mãos à obra!!!

### Exemplo de Rotina Matinal

- ☐ Vestir, com ajuda se necessário.
- ☐ Tomar o pequeno-almoço.
- ☐ Escovar os dentes.
- ☐ Lavar as mãos e a cara.
- ☐ Calçar.
- ☐ Vestir o casaco.
- ☐ Pegar na mochila.
- ☐ ...

*Para a criança aprender a rotina e colaborar com ela, é essencial que todos os passos estejam muito claros para ela.*

### As nossas rotinas



#### De manhã

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

#### À tarde, no regresso a casa

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

#### À hora de deitar

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_



Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido proveitoso para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para continuarmos a trabalhar o **2º passo**.

## 2º Passo – Organizar a vida da criança ②

Como vimos, o dia-a-dia da criança deve ser marcado por consistência. Para além das rotinas, a criança deve ter bem definido o que pode e não pode fazer, isto é, deve conhecer as REGRAS. É essencial **definir de forma clara as regras e estar preparado para as fazer cumprir quando a criança as quebra ou põe à prova**. Só com a experiência de quebrar uma regra e de sofrer uma consequência é que a criança percebe que a regra está a ser aplicada. Os pais devem estar preparados para os protestos da criança e insistir no cumprimento da regra.

Esta semana, mantenham as rotinas e **revejam as regras da família**:

- ☒ Escrevam num papel as regras que consideram essenciais na vossa família. Se estiver demasiado longa, escolham apenas as mais importantes.
- ☒ Conversem com a criança sobre as regras e coloquem a lista num lugar visível.
- ☒ Incentivem o cumprimento das regras: elogiem quando a criança cumpre e atribuam consequências quando não cumpre.

Mãos à obra!!!

### Exemplos de Regras

- ☐ Não se bate.
- ☐ É obrigatório pôr o cinto de segurança.
- ☐ Lavar as mãos antes de comer.
- ☐ Uma hora de televisão por dia.
- ☐ A hora de deitar é às ...

*Cada família precisa de um número limitado de regras. Se a lista for demasiado longa, ninguém vai conseguir lembrar-se das regras.*

### As nossas regras

~~~~~

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_





Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido útil para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para continuar a trabalhar o 2º passo.

Como vimos, manter a vida da criança consistente é essencial para a ajudar a organizar-se. Para além das rotinas e das regras, os pais devem ESTABELECEER LIMITES CLAROS. Dar instruções ou ordens de forma eficaz é essencial para tornar os limites bem claros para a criança.

- ☑ Reduzam o número de instruções que dão à criança àquelas que são mesmo necessárias.
- ☑ Dêem instruções de forma eficaz: **(1)** garantam que a criança está a ouvir (se parece distraída, toquem-lhe no ombro e coloquem-se à sua altura); **(2)** dêem uma instrução de cada vez e dêem tempo à criança antes de repetirem; **(3)** dêem instruções que a criança consegue executar; **(4)** dêem instruções claras, curtas, específicas, afirmativas e positivas ("Segura no copo com as duas mãos" em vez de "Estás a entornar o leite. Não faças isso!").
- ☑ Evitem dar instruções sob a forma de pergunta ("Vamos deitar?"), pela negativa ("Pára de gritar" ou "Não faças isso"), do tipo "Vamos...", vagas e em cadeia.

## Exemplos de instruções ineficazes

- ☐ Cala-te.
- ☐ Pára de gritar.
- ☐ Pára de correr.
- ☐ Não faças barulho.
- ☐ Atenção!
- ☐ Porta-te bem!
- ☐ E se fôssemos para a caminha?
- ☐ Vamos arrumar os brinquedos?
- ☐ Podes ir buscar a tua mochila?
- ☐ O que está o casaco a fazer no chão?
- ☐ Não entornes leite.
- ☐ Porque é que os brinquedos continuam no chão?
- ☐ Pára de aborrecer a tua irmã.
- ☐ Este quarto está uma confusão.
- ☐ Despacha-te.
- ☐ Não vamos voltar a fazer isso.

Experimentem substituir por  
instruções eficazes

[illegible]



Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido proveitoso para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para vos ajudar a trabalhar o 2º passo.

## 2º Passo – Organizar a vida da criança 4

Como vimos, a criança precisa de limites claros para se manter organizada e dar instruções de forma eficaz é um importante contributo. Mas não basta dar instruções, é preciso DAR SEGUIMENTO ÀS INSTRUÇÕES. De outra forma, a criança aprenderá a ignorá-las.

Esta semana, mantenham as rotinas e regras e continuem **a praticar as instruções**:

- ☑ Encorajem a criança a seguir as instruções: **(1)** dêem avisos (“Daqui a dois minutos tens de arrumar os legos”); **(2)** elogiem a criança sempre que segue a instrução; **(3)** levem em conta os pedidos da criança (“Podes ver mais uma página desse livro e quando acabares vem pôr a mesa”); **(4)** dêem alternativas (“Tens de desligar a televisão, mas podes vir fazer pinturas”).
- ☑ Informem a criança sobre as consequências do seu comportamento (“Quando apanhares os brinquedos do chão, podes ir brincar com o Manuel” em vez de “Se não apanhares os brinquedos, vais arrepender-te”). Quando a criança não cumpre, devem lembrá-la da consequência. Se continuar a não cumprir, apliquem a consequência. Ignorem os protestos.

Mãos à obra!!!

## O que acontece quando damos instruções?

Experimentem registar alguns exemplos de situações em que dão instruções.

### Atenção!! Reduzam o número de instruções, ordens e “nãos” aos mais importantes

| Instrução               | Resposta da criança   | Resposta dos pais                            |
|-------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| “Arruma os brinquedos.” | Arrumou os brinquedos | “Obrigado por teres arrumado os brinquedos.” |



Caros pais,

Esperamos que o último desafio tenha sido proveitoso para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para vos ajudar a dar um passo de cada vez. Esta semana, vamos começar a trabalhar o 3º passo.

### 3º Passo – Reduzir comportamentos desadequados ①

Dar atenção à criança e organizar os seus dias de forma consistente são passos essenciais. Mas mesmo assim, é provável que a criança continue a mostrar comportamentos desadequados. Nessas alturas, os pais devem socorrer-se de algumas estratégias. A estratégia deve ser escolhida em função do comportamento que queremos reduzir ou eliminar. Quando a criança parece estar prestes a perder o controlo, como quando lhe diz um “Não”, uma primeira tentativa será **SUBLINHAR O LIMITE E DISTRAIR**.

Esta semana, **praticuem o distrair**:

- ☒ Lembrem à criança a regra ou a instrução (“Não podes mexer em facas”).
- ☒ Dirijam a criança para outra actividade (“Mas podes brincar com as caixas e colheres”), mudem o tema da conversa ou chamem a atenção para qualquer outra coisa.
- ☒ Garantam que ficou claro para a criança qual o limite ou regra que estavam a sublinhar.
- ☒ A distracção não deve ser usada quando a criança já está a portar-se mal, como a bater.

Mãos à obra!!!

### Ideias para distrair

Em que situações podemos usar a distracção?

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

Que actividades, brinquedos ou conversas podemos usar?

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_



Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido proveitoso para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para continuarmos a trabalhar o **3º passo**.

### 3º Passo – Reduzir comportamentos desadequados <sup>2</sup>

Como vimos, quando queremos reduzir um comportamento desadequado, devemos escolher a melhor estratégia. Comportamentos que não trazem perigo para a criança ou para os outros, como fazer birra ou dizer palavrões podem ser eliminados se os conseguirmos **IGNORAR** sistematicamente. Ignorar significa retirar toda a atenção ao comportamento desadequado.

Esta semana, escolham um comportamento desadequado que possam **ignorar** e pratiquem:

- ☒ Evitem a discussão e o contacto visual – um olhar furioso ou uma crítica são formas de dar atenção ao comportamento desadequado e por isso contribuem para o manter.
- ☒ Coloquem uma expressão facial neutra, mantenham-se em silêncio e afastem-se uns passos.
- ☒ Continuem a ignorar mesmo quando a criança piora o comportamento – agravar a birra ou a provocação é a forma de a criança tentar que os pais recuem e cedam. É preciso persistir!
- ☒ Procurem distrair-se enquanto a criança mantém o comportamento desadequado – conversem ou façam outra coisa. Será mais fácil manterem-se firmes e controlados.
- ☒ Quando a criança parar o comportamento desadequado, devem dar-lhe atenção ou distraí-la.

Mãos à obra!!!

#### Exemplos de Comportamentos que podem ser ignorados

- ☐ Choramingar.
- ☐ Amuar, fazer beicinho ou fazer birra.
- ☐ Dizer palavrões.
- ☐ Protestar quando lhe dizem “Não”.
- ☐ Falar à bebé.

#### Exemplos de Comportamentos que não devem ser ignorados

- ☐ Bater ou destruir coisas.
- ☐ Fugir.
- ☐ Comportamentos que chamam muito a atenção de outras pessoas.
- ☐ Mentiras.
- ☐ Roubos.
- ☐ Desobediência.
- ☐ Incumprimento de tarefas.

#### O que vamos ignorar...

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

*Devem escolher um número limitado de comportamentos a ignorar – um ou dois. Escolham aqueles que não implicam perigo para a criança ou para os outros e que conseguem ignorar de forma sistemática em todas as situações, mesmo que não estejam em casa ou que haja outras pessoas por perto. Não se esqueçam de **elogiar e dar atenção à criança quando se porta bem**. A criança tem de aprender que tem a atenção dos pais quando se porta bem e não quando se porta mal.*





Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido útil para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para continuar a trabalhar o 3º passo.

### 3º Passo – Reduzir comportamentos desadequados ③

Como vimos, quando queremos reduzir um comportamento desadequado, devemos escolher a melhor estratégia. Para comportamentos desadequados de grande intensidade, como a agressividade, a destruição ou a desobediência constante, podemos usar o TEMPO DE SOSSEGO. Esta é uma outra forma de retirar a atenção à criança, afastando-a para se acalmar.

Esta semana, escolham um comportamento em que possam usar o **tempo de sossego**:

- ☒ Escolham um local para o tempo de sossego. O local deve ser seguro e estar afastado das actividades do resto da família e de outras distrações, como brinquedos ou a televisão.
- ☒ O tempo de sossego deve durar um minuto por cada ano de idade da criança. Se depois desse tempo a criança continua a gritar, devem esperar até que se acalme – no início pode demorar.
- ☒ Se a criança se recusa a ir ou sai, devem conduzi-la para o local do tempo de sossego.
- ☒ Durante o tempo de sossego, devem ignorar a criança – não falem com ela nem critiquem.
- ☒ Estejam preparados para o agravamento do comportamento e persistam.
- ☒ Quando a criança estiver calma, terminem o tempo mas não ralhem nem dêem sermões.
- ☒ Dêem atenção aos comportamentos positivos com elogios, comentários positivos e reforço.

#### Comportamentos em que podemos usar o tempo de sossego

- ☐ Lutar ou bater.
- ☐ Destruir coisas.
- ☐ Recusar seguir instruções de forma sistemática e desafiadora.
- ☐ Fúria ou frustração muito marcadas, como birras muito intensas.

#### Em que situações vamos usar o tempo de sossego

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

*Escolham com cuidado os comportamentos em que vão utilizar o tempo de sossego. Comecem apenas com um comportamento. Devem garantir que estão a dedicar mais tempo a dar atenção à criança e a elogiar os seus comportamentos positivos dos que aos seus comportamentos negativos. Continuem a brincar, conversar e elogiar a criança frequentemente!*



Caros pais,

Esperamos que o desafio da semana passada tenha sido proveitoso para toda a família. Esta semana, cá estamos novamente para vos ajudar a trabalhar o 3º passo.

### 3º Passo – Reduzir comportamentos desadequados ④

Como vimos, quando queremos reduzir um comportamento desadequado, devemos escolher a melhor estratégia. Para comportamentos desadequados intensos em que o tempo de sossego não é suficiente ou adequado, como mentir ou roubar, podemos usar as **CONSEQUÊNCIAS**.

Esta semana, escolham um comportamento desadequado e pratiquem as **consequências**:

- ☒ Quando não está em causa a segurança da criança, deixem-na viver as consequências naturais do seu comportamento – se partir um brinquedo num ataque de fúria, ficará sem brinquedo; se não comer, vai ter fome.
- ☒ Utilizem consequências lógicas quando possível – se não arruma os lápis, fica sem eles; se parte um brinquedo do irmão, paga um novo com dinheiro do mealheiro.
- ☒ Quando não é possível deixar actuar as consequências naturais ou aplicar consequências lógicas, podem retirar um privilégio (como não ver televisão nesse dia).
- ☒ Avisem a criança das consequências do seu comportamento.
- ☒ Apliquem as consequências imediatamente depois do comportamento desadequado.
- ☒ Utilizem consequências de curta duração, adequadas à idade e que consigam aplicar.

#### Exemplos de comportamentos em que podemos usar as consequências

- ☐ Mentir.
- ☐ Roubar.
- ☐ Recusar ir ou manter-se no tempo de sossego.

*Escolham com cuidado os comportamentos em que vão utilizar as consequências. Devem garantir que estão a dedicar mais tempo a dar atenção à criança e a elogiar os seus comportamentos positivos dos que aos seus comportamentos negativos.*

#### Que estratégia escolheriam perante estes comportamentos?

- ☐ Insistir quando os pais dizem não.
- ☐ Bater.
- ☐ Recusar fazer o que os pais dizem.
- ☐ Choraminger.
- ☐ Fazer uma birra.
- ☐ Demorar a vestir-se.
- ☐ Não comer à refeição.
- ☐ Partir um brinquedo de um amigo.
- ☐ Roubar.
- ☐ Mentir.
- ☐ Não arrumar os brinquedos.
- ☐ Gritar quando contrariado.
- ☐ Dizer palavrões.
- ☐ Recusar pôr o cinto de segurança.